

Université de Sherbrooke

Actualisation de soi, santé et mortalité.

par
MARISE LAPOINTE , 1965-

I- 1610

Maîtrise en gérontologie
Faculté des lettres et sciences humaines

Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines
en vue de l'obtention du grade de
maître es arts (M.A.) en gérontologie

(Sherbrooke, mai, 1998)

Composition du jury

Actualisation de soi, santé et mortalité.

par
MARISE LAPOINTE

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Richard Lefrançois, Directeur de recherche

René Therrien, Conseiller adjoint

Norman Poulin; lecteur
(Université de Sherbrooke)

Je tiens à remercier de tout coeur M. René Therrien, 2e lecteur, M. Norman Poulin, conseiller adjoint, pour l'aide apportée et particulièrement M. Richard Lefrançois, conseiller principal. Par son soutien professionnel et surtout toujours respectueux, M. Lefrançois a grandement contribué à rendre à terme ce projet,

merci...

Le corps est la réalisation de
la conception que nous avons de
nous-même.

Inconnu.

RÉSUMÉ

Actualisation de soi, santé et mortalité.

Les soins apportés aux personnes âgées malades ou fonctionnellement dépendantes constituent un problème majeur qui a incité de nombreux scientifiques à s'arrêter aux facteurs psychologiques et sociaux prédictifs de la conservation d'un bon état de santé et de longévité. À la lumière de la recension des écrits, on peut présumer qu'une personne qui a développé une certaine maturité psychologique peut voir ses risques de maladie diminués et son espérance de vie augmenter. Leclerc, Lefrançois et Poulin (1987) soulignaient l'existence d'une relation "robuste" entre le niveau d'actualisation de soi et la santé des personnes interrogées. La présente recherche s'intéresse à la relation longitudinale entre le potentiel d'actualisation de soi et la santé chez ce même groupe de personnes âgées.

Elle a comme objectif de mesurer la relation entre le niveau d'actualisation de soi (POI), le taux de mortalité et l'évolution de l'état de santé des survivants. Cette recherche comprend donc deux volets complémentaires: une étude documentaire -A, portant sur tous les sujets de l'étude de Leclerc et al. (n=556) et une enquête -B pour un sous-échantillon (n=66). La commission d'accès à l'information a identifié les sujets décédés depuis la première prise de données jusqu'à la fin de l'année 1992. Parallèlement, afin d'évaluer l'évolution de leur état de santé subjective, les sujets du sous-échantillon devaient répondre au questionnaire reçu à leur domicile.

L'analyse confirmatoire faite à l'aide du KHI deux ne permet pas d'identifier de différences significatives entre les trois groupes (faiblement-moyennement et hautement actualisé) en ce qui a trait au nombre de décès (n=88) et à l'évolution de l'état de santé. Cependant, la santé objective telle que mesurée par le MFAQ est fortement reliée à la probabilité de décès à 6 ans. L'âge, quant à lui, est significativement associé au nombre de décès, tandis que le fait d'être un homme ou une femme n'apparaît pas comme étant relié au taux de mortalité.

Malgré que l'étude de Leclerc et al. ait trouvé une relation significative entre le potentiel d'actualisation de soi et plusieurs indicateurs de santé, évalués 1987, il semble que cette relation ne persiste pas dans le temps chez le groupe en cause. L'analyse statistique est cependant demeurée conservatrice en s'appuyant uniquement sur le test de signification du KHI deux et commande, du même coup, la prudence quant aux conclusions de cette dernière.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

1

Chapitre 1

La problématique:

-1. L'identification du sujet	5
-2. La recension des écrits	8
2.1. La dépression	9
2.2. L'estime de soi	9
2.3. Les types de personnalité	10
2.4. La santé subjective	11
2.5. Les événements de vie	14
2.6. Les contacts sociaux	15
-3. Le cadre théorique	19
3.1. Le concept d'actualisation de soi	19
3.2. Les caractéristiques de la personne actualisée	22
-4. L'objet d'étude	27
4.1. Les questions de recherche	27
-5. Le cadre opératoire	29
5.1. Les objectifs	29
5.2. Les hypothèses	30
5.3. La définition des variables	31
-6. La pertinence et la portée de l'étude	33

Chapitre 2

La méthodologie:

-1. La stratégie d'acquisition	36
-2. La stratégie d'observation	37
2.1. Les méthodes d'échantillonnage	40
2.1.1 La population cible	40
A- ETUDE DOCUMENTAIRE	
2.1.2 La sélection des sujets	40
2.1.2.1 Les critères d'inclusion	41
2.1.2.2 La taille	41
2.1.3 Les caractéristiques de l'échantillon principal	41
2.1.4 La représentativité d'échantillonnage	42

2.2. Les méthodes de collecte des données	
2.2.1 Les instruments de mesure	42
2.2.2 Le plan de collecte de données	45
 B- ENQUÊTE	
2.1.2 La sélection des sujets	46
2.1.2.1 Les critères d'inclusion	47
2.1.2.2 La taille	47
2.1.3 Les caractéristiques du sous-échantillon	48
2.1.4 La représentativité d'échantillonnage	48
2.2. Les méthodes de collecte des données	
2.2.1 Les instruments de mesure	48
2.2.2 Le plan de collecte de données	51
 -3 Les stratégies d'analyse	
A- ETUDE DOCUMENTAIRE	53
B- ENQUÊTE	54
 -4. Les limites méthodologiques	55

Chapitre 3

Les résultats et l'interprétation:

A- L'étude documentaire	58
1.1 L'analyse descriptive	58
1.1.1 L'échantillon	58
1.2 L'analyse confirmatoire	70
B- L'enquête	73
1.1 L'analyse descriptive	74
1.1.1 Le sous-échantillon	78
1.2 L'analyse confirmatoire	83

Chapitre 4

La discussion et la conclusion:

4.1 La méthodologie	89
4.1.1 Le dispositif	90
4.1.2 L'échantillon et le sous-échantillon	91
4.1.3 Les instruments de mesure	92
4.1.4 La procédure de collecte des données	93
4.1.5 L'analyse statistique	94
4.2 Les résultats	95
4.3 Les recommandations	97
4.4 La conclusion générale	99

Bibliographie

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

LISTE DES TABLEAUX.

Tableau 3.1	Distribution des sujets selon la région (n=556).	p.59
Tableau 3.2	Distribution des sujets selon le groupe d'âge en 1987 et le sexe (n=556).	p.59
Tableau 3.3	Distribution des sujets selon la santé perçue en 1987 (n=556).	p.62
Tableau 3.4	Distribution des sujets décédés et vivants selon le groupe d'âge en 1987 (n=556).	p.64
Tableau 3.5	Distribution des sujets décédés selon le POI de 1987.	p.66
Tableau 3.6	Distribution des sujets décédés et vivants selon la santé subjective de 1987 regroupée.	p.68
Tableau 3.7	Distribution des sujets décédés et vivants selon la santé observée (MFAQ) en 1987 (n=550).	p.69
Tableau 3.8	Répartition des sujets décédés et des vivants selon le degré d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=556).	p.73
Tableau 3.9	Résultats de la sollicitation postale	p.75
Tableau 3.10	Comparaison entre les répondants, les non-répondants et les sujets décédés (n=120).	p.77
Tableau 3.11	Distribution des sujets selon le groupe d'âge en 1987 et le sexe.	p.78
Tableau 3.12	Distribution des sujets selon leur niveau d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=66).	p.79
Tableau 3.13	Distribution des sujets selon la santé perçue en 1987 (n=66).	p.80
Tableau 3.14	Distribution des sujets selon leur santé perçue en 1987 et 1995 (n=48).	p.81
Tableau 3.15	Distribution des sujets selon la santé observée en 1987 (MFAQ) (n=65).	p.82
TABLEAU 3-16	Répartition des sujets selon l'évolution de leur santé subjective et leur degré d'actualisation de soi (n=48).	p.85
Tableau 3.17	Comparaison des sujets selon l'évolution de leur état de santé subjective regroupée et leur degré d'actualisation de soi (n=66).	p.86

LISTE DES FIGURES.

- Figure 3-1. Distribution des sujets selon le niveau d'actualisation de soi en 1987 (n=556). p.61
- Figure 3-2. Distribution des sujets selon la santé observée (MFAQ) en 1987 (n=556). p.63
- Figure 3-3. Répartition des sujets décédés en fonction du groupe d'âge et du sexe en 1987. p.65
- Figure 3-4. Distribution des sujets décédés selon la santé subjective en 1987 (n=88). p.67
- Figure 3.5. Distribution des sujets décédés et des vivants selon le degré d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=556). p.72

AVANT-PROPOS

L'étude du vieillissement, que se soit lors ma formation académique ou par l'entremise de mes contacts personnels ou professionnels avec les aînés, a suscité chez-moi de nombreuses réactions. Au fil du temps, je réalisais que certaines personnes âgées m'inspiraient l'admiration par leur autonomie et leur sagesse tandis que d'autres suscitaient la pitié par leur besoin d'aide et leur détresse. Souvent, la question suivante m'est venue en tête: À quel groupe vais-je appartenir?

Les personnes âgées sont aux prises avec deux réalités fondamentalement opposées, l'espérance de vivre toujours plus vieilles, d'un côté, et, de l'autre, la perspective souvent pénible de devoir le faire à l'écart de la société.

Ma motivation à étudier les facteurs prédictifs d'une bonne santé physique et psychologique chez les aînés est donc de deux ordres: premièrement, vérifier ma conviction personnelle selon laquelle nous avons le pouvoir de vieillir sainement et sereinement et réaliser mon désir de contribuer à la diminution des stéréotypes qu'entretient la société envers ce groupe d'âge.

Ce mémoire s'adresse bien sûr aux personnes âgées elles-mêmes, mais aussi à nous tous qui un jour appartiendrons à ce même groupe d'âge. Puisse-t-il nous conscientiser davantage à la nécessité de bien se préparer à la vieillesse au plan monétaire et occupationnel tout autant qu'au plan de la santé psychologique.

INTRODUCTION

Les statistiques révèlent que le nombre de personnes âgées de 65 et plus augmentera de façon importante dans les prochaines années. De 8.7% en 1981, la proportion d'aînés s'élèvera, dès l'an 2000, à près de 14% de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 1990). Déjà, au moment de la retraite, un quart de la population âgée éprouve des difficultés à accomplir adéquatement les activités de la vie quotidienne (Gubrium, 1973). Plusieurs personnes semblent déphasées, se sentent inutiles et découragées, sont malades ou présentent des incapacités fonctionnelles importantes.

Résultat: les soins apportés aux personnes âgées malades ou fonctionnellement dépendantes constituent un problème majeur qui entraîne des coûts énormes pour la société. Aux États-Unis, d'après l'Institute of Medicine (1978), le groupe des personnes âgées est celui qui utilise le plus les ressources de santé. Au Québec, bien que le gouvernement allouait en 1981 37% des dépenses de santé publique aux personnes âgées (Gauthier & Duchesne, 1986), le système de santé actuel ressent encore le besoin d'ajuster ses programmes aux demandes des aînés aux prises avec des problèmes de santé et de perte d'autonomie.

D'après Randall (1964), avec l'accroissement de la population âgée, vient l'accroissement des problèmes liés à sa condition, principalement à cause de son nombre, de sa complexité et aussi dû à sa difficulté à s'occuper d'elle-même. Il faut ajouter à cela que les attitudes et les comportements de la collectivité se répercutent profondément sur le vieillissement. Pour Peterson (1976), l'homme âgé est chancelant parce que nous ne lui avons pas enseigné à être alerte et vigoureux. Puisqu'il ne répond plus aux standards de productivité, d'efficacité et de jeunesse, il se trouve confiné à se dévaloriser, allant même parfois jusqu'à s'excuser de ne plus avoir sa vitalité d'antan, bref d'être vieux. Ces préjugés ont donc des répercussions importantes sur nos aînés. Lantz (1981) mentionne que les soins apportés aux personnes âgées sont inadéquats, principalement à cause des stéréotypes et de la conception erronée véhiculée envers ce groupe d'âge.

Pourtant, beaucoup de gens vieillissent dans la sérénité, s'épanouissent et mènent une existence active et valorisante, tout en conservant une bonne santé physique et psychologique. En effet, plus des trois quarts des personnes âgées n'ont aucun problème de santé, et seulement de 10% à 12% d'entre elles vivent en institution (Rowan, 1991). Certaines recherches en gérontologie soutiennent que des modes et des processus différents de vieillissement sont à l'origine de ces deux réalités. Le passage à la vieillesse heureuse et réussie serait le fruit d'une manière particulière d'être, de penser et d'un style de vie personnel présent tout au cours de l'existence (Palmore, 1982; Ryff, 1982).

L'accroissement constant de la population âgée, ses conditions de vie, ainsi que les coûts exorbitants encourus par la société, deviennent donc, de plus en plus, des facteurs qui nous incitent à nous pencher sur les éléments prédictifs du vieillissement réussi. Pour maintenir et même augmenter le nombre des personnes âgées en bonne santé et fonctionnellement autonomes, le premier défi est de concevoir de nouvelles approches qui soient plus efficaces pour prévenir les maladies, les affections chroniques et les incapacités qui en résultent. Pour atteindre cet objectif, il faut nous interroger à la fois sur les composantes qui favorisent l'autonomisation et sur les facteurs qui augmentent le risque de maladies (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992) de manière à baser plus adéquatement par la suite nos interventions de façon préventive.

Cette recherche tente d'enrichir davantage l'état des connaissances sur la relation entre la santé psychologique et la santé physique des personnes âgées.

Appuyée par la recension des écrits, la première partie définit la problématique et identifie les principales composantes psychologiques associées au maintien d'un bon état de santé. Un deuxième volet présente la méthodologie et les analyses statistiques utilisées. L'interprétation et les résultats constituent la troisième partie pour finalement laisser place au quatrième chapitre portant sur la discussion critique de l'étude et sur les recommandations de l'auteure.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

1. L'IDENTIFICATION DU SUJET:

Beaucoup d'études identifient des facteurs "prédictifs" de longévité (Palmore & Jeffers, 1971). Ainsi, la démonstration selon laquelle, par exemple, une mauvaise alimentation, l'absence d'exercice physique, le tabagisme et l'hérédité peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé, fait l'unanimité.

Or, jusqu'à tout récemment, on définissait généralement la santé comme étant l'absence de maladie. En effet, tant que les grandes épidémies constituaient le principal problème de santé, donnant lieu à un taux élevé de mortalité, la santé était conçue comme l'absence de maladie et était située sur un continuum dichotomique dont les deux états extrêmes (santé et maladie) s'excluaient mutuellement. Graduellement, cette conception s'est transformée, les objectifs des services de santé se sont modifiés et se modifient encore aujourd'hui. Une meilleure compréhension du rôle des facteurs psychologiques et sociaux dans la genèse des états de santé, a donné lieu à une nouvelle définition de la santé provenant de l'Organisation mondiale de la santé; selon l'O.M.S., la santé est essentiellement un état de bien-être physique mental et social, et pas seulement l'absence de maladie.

"Ceci se traduit au niveau conceptuel par le fait que l'on considère la maladie comme une réalité bio-psycho-sociale, et au niveau pratique par le fait que les interventions curatives sont insérées dans un ensemble plus large de services qui incluent en amont la prévention et en aval, la réadaptation" (Corin, 1987, p.57).

Cette évolution nous a amené à considérer davantage les dimensions sociales et psychologiques associées à l'intervention incitant de nombreux scientifiques à s'arrêter aux facteurs psychologiques et sociaux relatifs à la santé et à la mortalité. Par exemple, Costa et McCrae (1987) comptent parmi ceux qui affirment qu'un déséquilibre émotionnel peut entraîner certaines perturbations physiologiques et peut même prédisposer au développement de la maladie.

En observant les effets physiologiques tels que les tremblements, les palpitations, les nausées ou les sueurs apparaissant à la suite de divers états émotionnels, il convient de se demander si les personnes âgées qui ont connu ou qui connaissent des perturbations psycho-sociales multiples (faible estime de soi, deuil, crise d'identité, isolement, etc.) sont plus susceptibles de voir leur état de santé se détériorer. Est-ce que leur mauvaise condition psychologique peut, à plus ou moins long terme, affecter négativement leur état de santé?

D'autre part, des psychologues ont montré l'importance des facteurs endogènes sur la santé subjective; selon Georges et Landerman (1984), la personnalité est un meilleur facteur "prédictif" de vieillissement réussi que l'est le contexte social. Des auteurs tels que Mechanic (1976), Bocket, Pous, Pere, Albarede, Monnier (1984), Mechanic et Tessler (1978) décrivent les facteurs psycho-sociaux comme pouvant affecter la perception de la santé, la vulnérabilité personnelle ainsi que le taux d'utilisation

des services médicaux. La recherche médicale sur l'effet placebo illustre également l'importance de l'estimation subjective dans l'espérance de vie. Pour sa part, Piaget (1966) est d'avis que chaque individu lorsqu'il est relativement jeune, se fait une représentation mentale de sa courbe de vie et que celle-ci constitue une sorte de programmation autoconfirmatoire (self-fulfilling prophecy).

Comme la personne humaine agit toujours en fonction de la réalité perçue, dès lors qu'elle manifeste une capacité et une volonté personnelles de faire face à la maladie, l'intervention gériatrique préventive devraient prendre en considération cette dimension psychologique subjective des populations-cibles. Bref la perception qu'un individu a de lui-même demeure toujours un facteur essentiel de son bonheur et de son adaptation, il est du devoir, des intervenantes et des intervenants auprès de la clientèle âgée entre autre, d'investir toutes les énergies nécessaires pour contribuer à changer la vision négative du vieillissement et améliorer ainsi les conditions de vie des personnes âgées en les incitant à donner plus de pouvoir face à leur destin. Pour ce faire, il faut comprendre davantage comment les différentes dimensions (bio-psycho-sociale) de l'organisme humain interagissent entre elles et rendent compte de la qualité de vie de l'individu.

2. LA RECENSION DES ÉCRITS:

Beaucoup d'études se sont arrêtées aux interrelations multidimensionnelles de la maladie et ont démontré l'existence d'une relation étroite entre certaines caractéristiques psychologiques et l'état de la santé physique, mais sans pouvoir certifier, du moins unanimement, le sens de la relation causale. Certaines autres ont étudié le rôle des facteurs psycho-sociaux dans la genèse de la maladie et l'influence de certaines attitudes ou traits psychologiques dans leur évolution. Il y a des arguments en faveur d'un lien causal possible entre les caractéristiques psychologiques et la maladie. Dantzer (1989) indiquait qu'une variété de facteurs psychologiques peuvent affecter les cellules et le système hormonal. Jenkins (1971, 1976) recense 45 publications qui rapportent des traits psychologiques précurseurs de maladies cardio-vasculaires. Des caractéristiques comme l'anxiété générale (Costa & McCrae, 1980; McCrae, Bartone & Costa, 1976), certains problèmes psychologiques (Costa & McCrae, 1980; Brodman et al., 1960), une faible satisfaction face aux expériences de la vie (Palmore, 1971), ainsi qu'une attitude générale négative (Poitrenaud, Vallery-Masson, Costagliola, Darcet & Lion, 1983) ont été corrélées avec l'apparition de symptômes. Toutes les manifestations de névrose, d'hostilité, d'anxiété et de vulnérabilité au stress, semblent aussi être associées à des malaises somatiques (Costa, Fleg, McCrae & Lakatta, 1982).

2.1 La dépression:

L'étude de la direction causale entre la dépression et la mortalité a fait l'objet de beaucoup d'attention de la part des chercheurs, mais jusqu'à présent les résultats ne sont pas unanimes (Thomas, Kelman, Kennedy, Ahn et Yang, 1992). Shekell et al. (1981) mentionnent que les contradictions entre les études sur ce sujet sont dues à la fois à la diversité des mesures de dépression, des populations étudiées et des durées d'observation. Cependant, sur 15 publications concernant les personnes âgées, 11 trouvent une association significative entre la dépression et la maladie ou la mort (Buss, 1961; Markkush et al., 1974; Botwinick et al., 1978; Shekell et al., 1978, 1981; Enzell, 1984; Schleiffer et al. 1985, 1989; Murphy et al., 1987; Bruce & Leaf, 1989; Fava, 1992).

2.2 L'estime de soi:

D'autre part, les gens qui ont une pauvre estime de soi et une image personnelle négative auraient moins de chance de vivre longtemps (Eisdorfer, 1974). La capacité de l'individu de se faire confiance, d'avoir un sentiment de contrôle et de compétence relatifs aux différentes

facettes de sa vie (Bocket et al., 1984) lui procure une certaine indépendance psychologique qui pourrait minimiser l'apparition de problèmes corporelles (Guttman, 1971; Dupuy, 1972; Mechanic, 1973; Eisdorfer, 1974; Costa, et al., 1982; Bocket et al., 1984; Cohen, 1988; Wolinsky & Johnson, 1992; Robin & McAvay 1992). D'ailleurs, Beitman et al. (1991) soutiennent que les personnes qui souffrent de troubles paniques (sentiment de perte de contrôle) sont plus enclines à démontrer des incapacités physiques.

En effet, chaque personne accumule un grand nombre de perceptions de soi qu'elle considère comme des caractéristiques de son être et qui constituent son "concept de soi". Il existerait une relation étroite entre l'image globale de soi et l'image que l'on se fait de son corps (Blazer & Houpt, 1979). Kearney et Fleischer (1979) concluent de plus à l'existence d'une relation positive entre les habilités à prendre soin de soi et l'estime de soi, de sorte que les personnes qui se considèrent peu, auraient des difficultés à estimer important de prendre soin d'elles-mêmes.

2.3 Les types de personnalité:

L'influence des différents types de personnalité sur la santé ou la maladie n'a pas été scientifiquement démontrée jusqu'ici; les résultats des études contrôlées sont contestés. On a trouvé, par exemple, que la

personnalité de type "C" était liée à certains cancers (Baltrusch, Stangel, Waltz, 1984; Temoshok et al., 1985) mais on attend que d'autres études confirmant ce lien. Par ailleurs, les personnes ayant un comportement de type "A" seraient plus exposées aux maladies cardiovasculaires (Matthews & Haynes, 1986; Fava, Littman et al., 1992). D'autres auteurs, pour leur part, considèrent qu'un haut degré d'hostilité -tel que mesuré par le MMPI- est "prédictif" de maladies coronariennes et de mortalité (Williams et al., 1980; Barefoot, Dahlstrom, & Williams, 1983; Manuck et al., 1986). Ces résultats concordent avec ceux de Shekell et al. (1982) qui ont trouvé qu'un haut degré d'hostilité prédit l'augmentation de maladies cardio-vasculaires et le taux de mortalité chez 1900 hommes suivis pendant 20 ans. Shekell et al. (1982) affirment de plus, que cette prédiction existe indépendamment du statut de fumeur, du taux de cholestérol, du niveau de pression sanguine et de l'usage d'alcool. Barefoot et al. (1983) disent qu'un degré élevé d'animosité contribue non seulement à l'apparition de maladies cardiaques, mais peut aussi entraîner d'autres désordres physiques.

2.4 La santé subjective:

Plusieurs auteurs dont Bocquet et al. (1984:p. 152) sont d'avis que "l'état fonctionnel est plus étroitement lié à la psychologie du sujet et du vécu qu'il a de sa maladie, qu'à la maladie elle-même telle qu'elle

peut être évaluée de façon objective" . Pour d'autres, "(...) la façon dont les gens se voient est un facteur important de leur façon de vivre; à la limite, on dirait que, pour certains, la maladie ou la santé fragile est déjà un mode de vie." (Cribier, 1979, p.12). La santé subjective peut donc être considérée comme étant un élément important du maintien de la santé qui influence les efforts ou les comportements de sanitaires comme la décision de consulter un médecin ou de prendre sa médication. Les médecins considèrent généralement que l'histoire médicale et la description des symptômes par le patient, jouent un rôle important dans le diagnostic. Pour leur part, les "gérontologues" sociaux emploient souvent l'échelle de santé subjective comme un des prédicteurs de la qualité de vie.

Présentement, le degré de correspondance entre l'évaluation subjective de la santé et l'état physique objectif n'est pas démontré incontestablement. Cependant, des études auprès des personnes âgées employant l'évaluation globale de la santé trouvent une corrélation typique entre la santé subjective et la santé future (Tissue, 1972; Maddox & Douglas, 1973; LaRue et al., 1979; Costa & McCrae, 1980; Wolinsky & Johnson, 1992).

Par ailleurs, 14 études majeures ont montré que l'état de santé subjective est un excellent prédicteur de la mortalité (Foster, 1977; Brennan & Clare, 1980; Hunt et al., 1980, 1984; Mossey & Sharipo, 1982; Kaplan & Camacho, 1983; Magi et al., 1984; Blaxter, 1985; Barell & Lusky,

1988; Ilder & Angell, 1990; Kasl & Lemke, 1990; Ostlin, 1990; Ilder & Kasl, 1991; Wolinsky & Johnson, 1992).

La perception qu'une personne a de sa santé se trouve influencée autant par son état de santé objective que par des facteurs psycho-sociaux (Kaplan, 1987; Leavy & Wilkin, 1988; Wannamethee & Shaper, 1991). D'après la majorité des auteurs qui se sont penchés sur le sujet, l'évaluation globale de la santé est reliée aux caractéristiques psychologiques comme les attitudes relatives à la santé, le moral, la capacité d'adaptation, le degré de détresse psychologique et l'estime personnelle (Suchman et al., 1958; Friedsam & Martin, 1963; Monroe et al., 1965; Kinlein, 1977b; Larsun, 1978; Tessler & Mechanic, 1978; Kearney & Fleischer, 1979; Blazer & Houpt, 1979; Orem, 1980; Costa & McCrae, 1980; Cohen, 1988). De plus, les personnes âgées qui perçoivent leur santé comme étant pauvre, sont généralement plus dépressives, plus hypocondriaques, et moins satisfaites de leur vie. Elles ont aussi plus tendance à se plaindre de toutes sortes de symptômes et vont consulter leur médecin plus souvent.

L'autoévaluation qu'un individu fait de son état de santé semble donc étroitement liée à son devenir; certains ont même démontré que l'intérêt "prédictif" de la santé subjective est supérieur à celui d'une évaluation objective fait par des professionnels de la santé (Maddox & Douglass, 1973; Kaplan & Camacho, 1983; Ilder, Kasl, Lemke, 1989; Wannamethee & Shaper, 1991).

2.5 Les événements de vie

L'influence des événements de vie négatifs- notamment le deuil et la retraite- sur la santé ou la mortalité est très largement citée, mais les résultats sont contradictoires (Poitrenaud, J. et al., 1983). Cependant, certaines expérimentations contrôlées, qui n'ont pu démontrer l'effet significatif des événements de vie négatifs sur la morbidité et sur la mortalité, avaient souvent le défaut de mesurer seulement l'existence des événements plutôt que leur effet ressenti chez les personnes en cause. La teneur subjective, l'attitude psychologique du sujet face à ces événements, la manière particulière dont le patient les a ressentis serait bien plus déterminants, et non l'événement de vie lui-même.

En effet, les nombreux changements et pertes associés au vieillissement sont souvent générateurs de perturbations psychologiques, de stress et d'insécurité, parfois de dévalorisation, et même à l'occasion, sources de colère, d'hostilité ou d'agressivité. Il a été vérifié à plusieurs reprises que ces divers états psychologiques influencent négativement la santé (Thompson & Streib, 1958; Aldrich, 1963; Aldrich & Mendkoff, 1963; Shanas, 1970; Storandt, Wittels & Botwinick, 1975; Minkler, 1981; Poitrenaud et al., 1983; Cohen et al. 1991; Wannamethee & Shaper, 1991; Vallery-Masson et al., 1991). Par exemple, un degré élevé de stress a déjà été relié à un niveau de fonctionnement immunitaire plus bas (Bartrop

et al., 1977; Monjan & Collector, 1977), et selon Karasek, Baker et al. (1981), aux maladies cardio-vasculaires.

Une fois de plus, rappelons que toutes les personnes âgées ne réagissent pas de la même façon à ces dits événements. Il semblerait que les caractéristiques psychologiques d'un individu peuvent aussi influencer sa perception des réalités de la vie. Les mécanismes ou les stratégies qu'il a progressivement intégrés à son quotidien, son acceptation ou son adaptation à certains cadres de référence, ses "patterns", son développement psychologique et son vécu, ne sont que quelques uns des facteurs qui interviennent nécessairement dans la façon dont un individu percevra un évènement.

Une étude longitudinale (Poitrenaud et al., 1983) a trouvé que l'évaluation de la satisfaction ressentie dans différents domaines de l'existence, les facteurs de personnalité tels que la stabilité émotionnelle et l'extraversion étaient des facteurs prédicteurs des effets positifs ou négatifs de la retraite sur l'état de santé. Ainsi, certains des traits psychologiques qui caractérisent la personnalité extravertie, à savoir l'optimisme, la facilité de contact avec autrui, la capacité de réagir de façon saine aux stimulations de l'entourage, favoriseraient la conservation d'un bon état de santé. D'autres études révèlent que les personnes âgées les moins vulnérables à la dépression et à l'anxiété (Miller & Lieberman, 1965), démontrent une bonne aptitude à prévoir, un esprit plus ouvert, de bonnes capacités d'adaptation et d'organisation (stratégies de "coping") et, un bas niveau d'anxiété à l'égard de l'avenir

et des changements de toutes sortes, et sont les moins susceptibles d'être affectées par le stress et donc par la maladie (Aldrich, 1963; Aldrich & Mendkoff, 1963; Storandt, Wittels & Botwinick, 1975; Poitrenaud et al., 1983; Carver, 1987).

2.6 Les contacts sociaux

Finalement, de nombreux travaux gérontologiques ont montré que l'isolement des personnes âgées demeure une préoccupation constante et qu'il n'est pas sans influencer leur état de santé. En effet, l'absence ou la faiblesse des liens sociaux semblent affecter négativement l'espérance de vie et la santé (Eisdorfer, 1974; Vaillant, 1979; House, Landis & Umberson, 1982; Orth-Gomér & Johnson, 1987; Bocket et al., 1987; Jagger & Clarke, 1988; Orth-Gomér et al., 1988; Wannamethee & Shaper, 1991; Uutela & Tuomilehto, 1992; Steinbach, 1992). Certains (Beckman & Syme, 1979) soutiennent même que l'association entre le réseau social et la mortalité est indépendante de la perception du statut de santé, du statut socio-économique, des pratiques de santé et de l'utilisation préventive des services de santé d'une manière. Tous ne sont cependant pas de cet avis (Anderson & Cowan, 1976; Cassileth et al., 1985).

House (1988) mentionne que l'on doit s'interroger sur les facteurs qui prédisposent un individu à entretenir ou non des relations sociales. Il y aurait en effet deux types d'isolement: le subi et le choisi. Les personnes âgées qui sont de nature solitaire ne percevront pas la solitude comme une carence ou un manque. D'autres mettront en branle tout un processus pour s'adapter à cette nouvelle situation: trouver, par exemple, différentes façons d'occuper leur temps, s'inscrire à des clubs sociaux ou faire du bénévolat. De par leurs caractéristiques personnelles, certaines autres au contraire, percevront la solitude comme un véritable problème, impossible à résoudre; elles vivront alors beaucoup d'anxiété les menant même parfois jusqu'à la dépression.

La liste des travaux pourrait s'allonger encore et démontre que la santé n'est pas un processus univoque. Beaucoup renforcent l'idée du pouvoir de l'individu vis-à-vis de sa santé. Ces différentes considérations nous amènent à penser qu'on ne passe pas la bonne santé à la maladie sans qu'une multitude de facteurs interviennent et que des indicateurs autres que ceux identifiant spécifiquement la maladie méritent probablement d'être pris en considération dont, particulièrement, ceux qui relèvent des dimensions psychologiques. Il semble en effet, que la lutte contre les incapacités et la maladie, au troisième âge, doit aussi passer "(...) par une prise en charge psychologique ; c'est-à-dire, encore une fois, par un abord global de l'individu." (Bocquet et al., 1987, p.156).

La recherche sur ce sujet est cependant d'une complexité considérable, car lorsqu'on mesure des caractéristiques psychologiques, on doit choisir entre des indices comportementaux simples, souvent peu explicatifs, mais dont la mesure est relativement valide, et des indices psychodynamiques complexes, sans doute d'un grand intérêt théorique, mais dont la mesure est difficile voire impossible.

Néanmoins, à la lumière de la recension des écrits, on peut présumer qu'une personne qui a développé une certaine maturité psychologique peut voir ses risques de maladie diminués. Bref, une personne âgée ayant une bonne estime d'elle-même, qui a le sentiment de contrôler sa vie et ses émotions de façon positive, qui entretient de bonnes relations interpersonnelles, qui est satisfaite du passé et qui démontre peu d'anxiété face à l'avenir, peut espérer vivre plus longtemps.

3. LE CADRE THÉORIQUE

Selon nous, le concept de l'actualisation de soi coïncide en grande partie, avec ce que l'on appelle la "maturité psychologique" ou "la santé psychologique". Cette dernière résume les différentes caractéristiques psychologiques qui, selon la documentation consultée, peuvent prédisposer au maintien d'un bon état de santé. Pour mieux saisir cette coïncidence, il faut expliciter quelque peu le concept de l'actualisation de soi ainsi que les caractéristiques de la personne actualisée.

3.1 Le concept de l'actualisation de soi

Appelée aussi " La troisième force", la psychologie humaniste est née d'un malaise face aux deux grands courants de pensée déjà existants au début des années 60. En 1962, un groupe de psychologues fondent l'Association de Psychologie Humaniste en réaction contre les conceptions négatives qui, selon eux, sont sous-jacentes aux théories behavioristes et psychanalytiques (St-Arnaud, 1982).

Les humanistes considèrent que chaque être porte en lui-même les capacités de veiller à son propre développement et, par le fait même, à son propre vieillissement. Ils sont centrés sur les intérêts, les valeurs et les capacités de la personne à actualiser ses potentialités.

L'actualisation de soi est considérée comme la motivation fondamentale de l'être humain; tous les comportements et les fonctionnements de l'individu sont considérés comme l'expression de cette motivation intrinsèque (Goldstein, 1939). Selon les humanistes, tout individu possède un potentiel fondamental et une capacité à le traduire et à le réaliser dans sa personnalité, ses comportements et ses attitudes, de manière à favoriser sa conservation et son enrichissement (Rogers & Kinget, 1973), et d'atteindre ainsi une certaine autonomie par rapport à son environnement (St-Arnaud, 1982). C'est la force essentielle qui permet le développement, la réalisation de soi et la formation de son identité propre. De plus, selon ces théoriciens, chaque être est capable d'assumer cette responsabilité de manière saine et positive, grâce aux qualités typiquement humaines de liberté, de créativité, d'estime et de réalisation de soi.

Or, l'importance accordée à la subjectivité et à l'individualité révèle l'influence de la pensée perceptuelle ou phénoménologique dans le développement de la troisième force. La psychologie humaniste affirme en effet que la personnalité joue un rôle central dans la programmation du

"bio-ordinateur" humain et est identifiée comme une capacité d'autoprogrammation. Les stimuli de l'environnement alimentent le bio-ordinateur, mais "l'organisme fournit également un autre type de matière première: l'expérience subjective" (St-Arnaud , 1982, p.170). La perception selective est déterminée par les besoins, les peurs ou les intérêts de l'individu. Selon Rogers, la façon dont une personne se sent, se perçoit elle-même, et interprète son environnement, est plus influente dans la détermination de sa personnalité que la réalité objective perçue par une personne externe.

En 1954, Maslow proposait toute une hiérarchie de besoins qui motivent le comportement humain. Un individu cherche d'abord à répondre aux besoins élémentaires (physiologiques) avant de passer au besoin plus global d'actualisation de soi. Cependant, si la sécurité, l'appartenance, l'amour, le respect sont des besoins, ils ne le sont pas de la même nature que le besoin d'actualisation de soi. L'auteur distingue deux types de motivation: celle provenant d'une déficience et celle visant la croissance. En effet, l'amour et l'appartenance, par exemple, sont des besoins dont la réponse est extrinsèques lorsque l'organisme en manque. Ce n'est pas le cas de l'actualisation de soi; il ne s'agit pas d'une déficience, d'une carence, mais plutôt d'un processus intrinsèque qui répond au besoin de devenir le meilleur possible. Maslow postule qu'il faut passer par une étape de motivation par déficience avant d'accéder à la motivation de croissance (actualisation de soi). Par définition, la personne hautement

actualisée est parvenue à un niveau élevé de satisfaction de ses besoins fondamentaux. Les gens qui s'actualisent se sentent donc bien au plan physique, en sécurité, acceptés, aimés, respectés, etc.

3.2 Les caractéristiques de la personne actualisée

Maslow (1954) a introduit le concept d'actualisation de soi pour décrire la personne qui a atteint un développement optimal et qui vit une vie plus riche que la majorité des gens. L'actualisation de soi est un processus normal de croissance psychologique (Maslow, 1954, 1971) à la fois personnelle et interpersonnelle. Ce n'est pas un état statique, mais bien un processus par lequel un individu va utiliser ses talents, ses capacités et son potentiel au maximum (Maslow, 1954; Knapp, 1965). Cela suppose une ouverture assidue à l'expérience et l'habileté à les intégrer à son développement, pour une meilleure différenciation de sa personnalité (Pervin, 1980).

"L'expression actualisation de soi ne renvoie donc pas seulement à un état de bien-être psychologique, de bonheur ou de satisfaction de vie, mais à un processus de développement et d'expression de la personne, à une mise en valeur de ses potentialités, en un mot à un état de croissance et de fonctionnement optimal" (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992, p.21).

Plusieurs auteurs ont déjà tenté de définir les principales caractéristiques de la personne actualisée. Celles-ci sont capables de gérer leurs émotions, laissent peu de place aux inhibitions et aux instabilités émotionnelles (Shostrom, 1964), à l'anxiété (Dodez, Zelhart & Markely, 1982). Elles se perçoivent de façon positive (Rizzo & Vinacke, 1975), font confiance aussi bien à leur jugement qu'à leur intuition (Rowan, 1991).

La personne hautement actualisée identifie plus d'expériences satisfaisantes et bienfaisantes dans son vécu, démontre une certaine indépendance et est caractérisée par un lieu de contrôle interne. Elle est ouverte aux expériences nouvelles (Rogers, 1970; Perlin, 1980) et s'adapte mieux (Landau & Maoz, 1978). Sans toutefois se couper des relations interpersonnelles, la personne actualisée aime la solitude et entretient un certain détachement de façon à s'assurer une vie calme et sereine. Elle n'établit des relations intimes qu'avec un nombre restreint d'individus.

"Maslow described certain characteristics common to self-actualized persons, among which were acceptance of self and others, need for privacy, spontaneity, resistance to societal conformity, and autonomous and independent behavior" (Martin et al., 1981, p.592).

En plus d'être reconnue comme ayant une meilleure perception de la réalité (Olczak, 1975), la personne actualisée est en général fortement mobilisée par les problèmes extérieurs à elle-même puisqu'elle n'est pas un problème pour elle-même et n'est pas préoccupée d'elle-même (absence

d'égocentrisme). Animée par la motivation de croissance plutôt que par la motivation de déficience, la personne qui s'actualise ne dépend pas de ses propres satisfactions, du monde réel, des autres ou des gratifications extrinsèques en général. Elle dépend plutôt, pour son développement et sa croissance, de ses propres ressources et possibilités. La personne actualisée manifeste rarement dans sa vie quotidienne le désordre, la confusion ou les conflits qui caractérisent davantage le comportement de la personne faiblement actualisée. C'est aussi un être profondément moral, ayant des normes morales très définies (Maslow, 1954).

Enfin, Maslow termine sa description en faisant ressortir la simplicité, la maturité, la spiritualité, le naturel et la spontanéité de la personne actualisée.

Shostrom qui, en 1963, développa un instrument pour mesurer le niveau d'actualisation de soi, le POI (Personal Orientation Inventory), est d'avis que la personne hautement actualisée, a développé deux compétences fondamentales. D'une part, elle vit davantage dans le présent (compétence temporelle) et d'autre part, elle réfère davantage à ses valeurs personnelles, à son ressenti et a développé une estime de soi qui lui permet d'être sa propre personne-critère (autonomie psychologique) dans la conduite de sa vie.

" En d'autres mots, une personne qui s'actualise est à la fois à l'écoute d'elle-même, de son expérience et de ses besoins (c'est la composante intrapsychique) et bien adaptée à sa situation présente, aux événements et aux changements (c'est la composante interactionnelle). Trois traits la caractérisent le mieux: présence active au présent, ouverture à son expérience et autonomie".(Leclerc et al. p.21)

Le POI a été associé positivement chez les adultes âgés, à d'autres indicateurs de bien-être tels que l'ajustement à la retraite (Keahy & Seaman, 1974; Plouffe & Gravelle, 1989) et la satisfaction de vie (Lavallée & Denis, 1987; Plouffe & Gravelle, 1989). De plus, il rejoint les six composantes majeures qui, selon Ryff (1987), doivent être intégrées au concept de vieillissement réussi. Le POI constitue finalement une mesure plus objective que les échelles habituellement employées pour évaluer le bien-être psychologique; ce concept a donc été fréquemment relié à la santé dans le domaine de la gérontologie.

Une récente étude (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992) mettait en relation l'actualisation de soi, la santé objective et subjective, l'autonomie fonctionnelle et le degré d'utilisation des services chez un groupe de personnes âgées. Les chercheurs émettaient l'hypothèse "(...) que meilleure sera la qualité de vie psychique des aînés, meilleure sera leur santé physique, leur autonomie fonctionnelle et, conséquemment, moins ils auront recours aux services médicaux et sociaux" (Leclerc et al., 1992 p.17). Les auteurs soulignaient l'existence d'une relation "robuste"

entre le niveau d'actualisation de soi et la santé des personnes interrogées, sans pour autant être en mesure de qualifier le sens de la relation, en raison du dispositif transversal de l'étude. Ils soulignaient que les gens qui démontraient un degré élevé d'actualisation de soi, étaient généralement ceux qui avaient une bonne santé physique.

4. L'OBJET D'ÉTUDE

4.1 Les questions de recherche

Question générale de recherche

Le développement psychologique d'un individu est-il un prédicteur de l'espérance de vie?

Question spécifique:

Un faible niveau d'actualisation de soi est-il un facteur de risque de maladie et de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus?

La présente recherche se situe dans le prolongement des travaux entrepris par le groupe de chercheurs déjà mentionné (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992), en ayant recours à une étude comparative de l'évolution de l'état de santé.

En un premier temps, considérant la mortalité comme la manifestation ultime de la maladie, nous mesurons la relation entre le niveau d'actualisation de soi et le nombre de décès chez ce même groupe de personnes âgées.

Le taux de mortalité est relativement facile à obtenir. Cependant, une des faiblesses majeures de ce type de devis est que toute maladie n'entraîne pas nécessairement la mort. Aujourd'hui, beaucoup de gens ont de bonnes chances de vivre longtemps en dépit de multiples souffrances et handicaps. Le taux de mortalité est insuffisant pour rendre compte de ceux-ci puisque, par définition, ils ne donnent aucun renseignement sur la santé des survivants.

Le portrait de l'état de santé des personnes observées peut cependant être un complément valable au taux de mortalité et ainsi rendre possible, du même coup, la considération des événements de vie qui auraient pu affecter directement ou indirectement la santé ou la maladie.

En un deuxième temps, nous mesurons l'influence du niveau d'actualisation de soi sur l'état de la santé en le mettant en relation avec l'évolution de l'état de santé subjective depuis 1987, auprès d'un sous-échantillon de sujets de l'étude originale provenant de la région sherbrookoise.

5. LE CADRE OPÉRATOIRE

5.1 Les objectifs

L'objectif général

- Evaluer dans quelle mesure le niveau d'actualisation de soi des personnes âgées est relié à la santé et à la longévité.

Les objectifs spécifiques:

- Déterminer le nombre de décès à 6 ans chez les 601 sujets de l'étude sur l'actualisation de soi de Leclerc, Lefrançois et Poulin (1992).
- Etudier l'évolution de la santé subjective d'un sous-échantillon de sujets provenant de la région de Sherbrooke.

•

- Mesurer la relation entre le niveau d'actualisation de soi et:
 - le taux de mortalité;
 - l'évolution de l'état de santé des survivants.

5.2 Les hypothèses:

-La proportion de décès à 6 ans est plus basse chez le groupe de personnes âgées ayant présenté un niveau d'actualisation de soi élevé, en 1987, que chez celui qui a présenté un niveau d'actualisation de soi moindre.

-Les personnes âgées ayant présenté un haut degré d'actualisation de soi, en 1987, ont connu une meilleure évolution de leur état de santé que celles qui ont présenté un degré moindre d'actualisation.

5.3 La définition des variables

Variable indépendante:

-L'actualisation de soi, telle que mesurée par le POI (Personal Orientation Inventory) développé et validé par E.L. Shostrom en 1963, désigne la propension fondamentale d'une personne au développement optimal de ses capacités. C'est une notion que l'on retrouve à la base des théories humanistes de la personnalité proposées par Maslow et Rogers.

Variable dépendante:

Pour vérifier l'influence de l'actualisation de soi sur l'évolution de l'état de santé, nous opérationnalisons cette variable à l'aide de 2 mesures qui constituent les 2 variables dépendantes:

-~~MFAQ~~-santé physique: questionnaire élaboré dans le cadre du programme OARS (Older American's Resources and Services), donc spécialement conçu pour des adultes et des personnes âgées, il évalue l'état de santé du sujet à partir d'une série de questions et d'une grille de codification (voir définition des instruments). Une appréciation objective et subjective de

l'état de santé a été obtenue pour tous les sujets de l'étude de Leclerc et al. faite en 1987. Seules les évaluations subjectives de l'état de santé font l'objet d'une nouvelle collecte de données et sont comparées aux résultats de l'étude de 1987.

-Le taux de mortalité provient de l'échantillon de 601 sujets de l'étude de Leclerc, Lefrançois & Poulin, et ce, depuis 1987. Les taux spécifiques de décès sont basés sur le nombre de décès "(...) pour certains sous-groupes caractérisés par l'âge, le sexe, l'occupation ou autre"(Bernard & Lapointe, 1987 p.61). La principale caractéristique qui nous intéresse ici étant le niveau d'actualisation de soi mesuré en 1987.

Variable à contrôler:

- L'âge des sujets en 1987;
- Le sexe.

6. LA PERTINENCE ET LA PORTÉE DE L'ÉTUDE:

S'appuyant sur l'hypothèse selon laquelle certaines variables psychologiques peuvent faire partie des facteurs de risque de maladie chez les personnes âgées, cette recherche représente un effort pour enrichir les connaissances sur le vieillissement. A ce point de vue, elle vise à combler un vide dans la littérature relatif à l'influence du psychique sur l'état de la santé; cette relation, selon certains, n'a pas ou peu été étudiée mais pourrait s'avérer tout aussi valable que l'hypothèse inverse qui, pour sa part a fait l'objet de plusieurs études (Zautra & Hempel, 1984).

Etant donné que les personnes âgées représentent le groupe le plus à risque de maladies, n'est-il pas indiqué de chercher à mieux comprendre les facteurs associés à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité de cette population. L'identification des facteurs de risque de mortalité peut apporter beaucoup à l'étude du vieillissement réussi aussi bien que pathologique, et peut contribuer à l'amélioration des pronostics cliniques et à la qualité de nos interventions.

L'identification des facteurs de risque psychologiques pourrait permettre une meilleure analyse de la situation des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé. Et, si on parvenait à démontrer

l'existence d'une relation entre l'actualisation de soi et l'évolution de l'état de santé, l'intervention gériatologique devrait alors prendre en compte la dimension psychologique des populations âgées et amener à réfléchir sur les types d'actions préventives au plan de la santé des aînés qu'il conviendrait d'entreprendre avant de mettre en place, ensuite, des moyens d'intervention plus spécifiques et adaptés à chacun.

Cette étude peut finalement bénéficier aux personnes âgées elles-mêmes, en les aidant à prendre un peu plus de pouvoir face à leur santé future et en contribuant également à diminuer les préjugés sociaux face à ce groupe d'âge.

CHAPITRE 2

LA MÉTHODOLOGIE

1. LA STRATÉGIE D'ACQUISITION

D'après la classification et la terminologie de recherche de Lefrançois (1992), il s'agit d'une recherche fondamentale et prévisionnelle utilisant une approche longitudinale de type prospectif.

Finalité: fondamentale

Cette recherche désire essentiellement participer à l'avancement des connaissances sur les facteurs préventifs de santé. Elle n'origine pas d'un problème relié directement à la pratique, mais bien du désir de connaître et de mieux comprendre les différents facteurs psychologiques impliqués dans la genèse de la maladie.

Objectif de connaissance: prévisionnel

Dans le but d'enrichir les connaissances sur le vieillissement, elle se place dans un contexte préventif en étudiant les antécédents psychologiques "prédictifs" de la maladie et de la mortalité.

Dispositif longitudinal: prospectif

Cette recherche est dite longitudinale puisqu'elle évalue et compare un même groupe de sujets à deux temps différents.

Elle est dite prospective puisqu'elle tente de vérifier l'évolution de l'état de santé - par l'entremise du taux de mortalité et de la santé subjective - en regard du degré d'actualisation de soi des sujets d'un échantillon constitué en 1987.

2. LA STRATÉGIE D'OBSERVATION

La première collecte de données a été faite en 1987 lors d'une étude transversale réalisée par le Groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRASPA). À ce moment, diverses données ont été recueillies dont l'évaluation subjective de l'état de santé des sujets et celle de leur potentiel d'actualisation de soi à l'aide du POI (Personal Orientation Inventory). C'est cette dernière qui constitue la variable indépendante de la présente étude.

Leclerc et al. (1992) ont alors établi que dans leur échantillon, la relation statistique entre le niveau d'actualisation de soi et l'état de santé était significative. Ce lien significatif vaut pour les quatre indicateurs de santé qui ont été évalués (santé objective, santé subjective, autonomie fonctionnelle et indice des incapacités). L'hypothèse affirmant que "les personnes âgées plus actualisées disposent d'une meilleure santé physique que celles qui sont moins actualisées" (p.140), a été confirmée à un seuil de signification égal ou inférieur à $p \leq 0.005$. En conséquence, on peut aussi affirmer que les aînés plus actualisés se disent en meilleure santé que les moins actualisés.

"(...) les résultats confirment l'existence d'un lien de dépendance élevée entre actualisation de soi et les capacités physiques des personnes âgées, le groupe "haut" témoignant d'un niveau de capacité nettement plus élevé que les "bas". On observe que les sujets les plus actualisés (H) obtiennent des scores moyens inférieurs aux sujets moins actualisés (B), ce qui signifie une plus grande autonomie et une meilleure santé en général. En outre, d'après la magnitude des coefficients d'association D, tout indique que l'actualisation de soi est un meilleur prédicteur du niveau de santé que ne l'est la situation inverse" (Leclerc et al. p.140).

Pour répondre aux objectifs de la présente recherche, nous devons vérifier longitudinalement cette relation, et mesurer empiriquement l'évolution temporelle de la variable "état de santé" en rapport avec le niveau d'actualisation de soi de 1987. Et si notre hypothèse de recherche est fondée, les gens qui, en 1987, avaient un degré d'actualisation de soi élevé, devraient avoir connu une meilleure santé et donc, avoir eu de meilleures chances de vivre plus longtemps que les moins actualisés.

De là, on devrait aussi retrouver, à âge égal en 1994, plus de gens vivants chez le groupe "des gens plus actualisés" proportionnellement à celui "des moins actualisés".

Cette recherche comprend donc deux volets complémentaires: une étude documentaire -A, portant sur tous les sujets ayant participés de l'étude de Leclerc et al. en 1987, et une enquête -B pour un sous-échantillon de la région de Sherbrooke. Nous décrivons dans les prochaines pages, les méthodes d'échantillonnage, les méthodes de collecte des données, les instruments de mesure ainsi que les analyses statistiques utilisées pour chacune des parties de l'étude.

2.1 Les méthodes d'échantillonnage

2.1.1 La population cible:

Il s'agit d'une population normale de personnes âgées majoritairement autonomes qui répondent aux critères d'admissibilité suivants:

- être âgé de 65 ans ou plus (hommes et femmes);
- habiter dans l'une ou l'autre des 9 municipalités suivantes: la ville de Montréal, la ville de Sherbrooke ou l'une des municipalités rurales choisies dans la région estrienne.
- pouvoir s'exprimer aisément en français.
- être lucide ou en mesure de répondre convenablement aux questions.
- accepter de coopérer volontairement à l'enquête.
- résider dans la région de Sherbrooke (B).

A-Étude documentaire: sur l'ensemble des sujets

2.1.2 La sélection des sujets:

Cette première partie porte sur tous les sujets de l'étude de Leclerc et al. (1992).

2.1.2.1 Les critères d'inclusion:

-faire partie des 601 sujets de l'étude de Leclerc, Lefrançois et Poulin de 1992.

2.1.2.2 La taille:

Parmi les 601 questionnaires de Leclerc et al. (1992), 45 ont été exclus pour diverses raisons: nom et prénom, date de naissance absents ou illisibles, et questionnaires égarés. L'étude documentaire porte donc sur 556 sujets.

2.1.3 Les caractéristiques de l'échantillon:

Il s'agit d'un échantillon probabiliste non-proportionnel. L'équilibre parfait entre les strates n'est plus respectée puisque 45 questionnaires ont dû être exclus de l'échantillon-mère de 1987.

2.1.4 La représentativité d'échantillonnage:

L'échantillon n'est pas représentatif de la population cible puisqu'à l'origine, il y a eu gonflement des tranches d'âge supérieures de manière à établir une parité au niveau du sexe et du niveau socio-économique, et à favoriser la comparaison inter-strates. Les résultats ne pourront pas être généralisés ni à la population âgée du Québec, ni à celle des deux régions de l'étude (celle de Sherbrooke et celle de Montréal).

2.2 Les méthodes de collectes des données:

2.2.1 Les instruments de mesure:

-POI (Personal Orientation Inventory):

Nature:

L'actualisation de soi, tel que mesuré par le POI (Personal Orientation Inventory) développé et validé par E.L. Shostrom en 1963, désigne la propension fondamentale chez une personne, au développement optimal de ses capacités. Le test est composé de 150 items à choix forcé, constitués de phrases décrivant des valeurs ou des comportements. Ces énoncés sont aussi en relation étroite avec la recherche et la théorie de plusieurs auteurs dans le domaine de la théorie humaniste, existentielle et de la

Gestalt, dont les travaux de Maslow sur la personne actualisée, ceux de Reisman et al. (1950) sur la direction intérieure et extérieure, ceux de May et al. (1958) et de Perls (1947, 1951) sur l'orientation face au temps. S'appuyant sur ces travaux ainsi que sur ceux de Ellis (1962) et de Buhler (1962), Shostrom utilise donc des items qui reflètent des orientations par rapport à des valeurs données qui sont communément partagées et qui sont considérées comme significatives dans la façon de concevoir la vie.

Ces items sont énoncés tantôt sous forme affirmative tantôt sous forme négative. La cotation des items est double; les items sont d'abord cotés selon deux échelles globales et fondamentales, la compétence temporelle et l'autonomie psychologique puis ils le sont selon dix échelles spécifiques qui mesurent chacune un élément important de l'actualisation de soi (l'estime de soi, les valeurs actualisantes, la flexibilité, la sensibilité au ressenti, la spontanéité, l'acceptation de soi, la conception positive de l'être humain, le sens du relatif, l'acceptation de son agressivité, la capacité d'intimité dans ses relations). Le lecteur trouvera à l'annexe 2 une explication plus détaillée des différentes échelles.

Validité-fidélité:

Pour la validation de l'instrument, l'auteur a véritablement procédé avec méthode. Malgré quelques réserves apportées par des études plus récentes (Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert & Gaulin, 1998), le POI possède une bonne validité concomitante et de contenu (Shostrom, 1966; Shostrom & Knapp, 1966; Fox, 1965a). Les indices de fidélité de l'instrument, obtenus à l'aide du test-retest, varient de .55 à .85 (Shostrom, 1966) sur toutes les échelles, (coefficient moyen = 0,76), ce qui peut se comparer avantageusement à la plupart des autres instruments mesurant la personnalité. Il y a eu aussi une validation de la version française faite par Bernard Tremblay en 1968. Leclerc, Lefrançois et Poulin (1992) mentionnent que la fidélité et la validité de celle-ci sont équivalentes aux résultats de la version anglaise originale (coefficient moyen de 0.76).

Certaines recherches auprès d'une population âgée ont utilisé la version originale anglaise, d'autres la version française du POI, et toutes le considèrent comme une mesure acceptable de l'actualisation de soi. Cependant, aucune validation systématique auprès des personnes âgées n'a été réalisée. Néanmoins, la version française a été adaptée et modifiée par Leclerc et al. (1992) pour mieux correspondre à la culture et au langage québécois des personnes âgées. En conclusion ces derniers décrivent le POI " (...) comme un outil dont la valeur instrumentale demeure incontestée (Knapp & Shostrom, 1986)" (Leclerc et al., p.43) et un instrument bien adapté aux personnes âgées malgré une certaine déficience sur le plan terminologique.

2.2.2 Le plan de collecte des données:

Les scores du POI obtenus aux différentes échelles et sous-échelles pour former les sous-groupes de sujets hautement, moyennement et faiblement actualisés ont été compilés par le Groupe de Recherche sur l'Actualisation de Soi des Personnes Âgées (Graspa) en 1987. Ces données sont réutilisées en relation avec les taux de mortalité observés 6 ans plus tard, soit en 1994.

En effet, en janvier 1994, une demande d'autorisation pour la communication des données nominatives fût adressée à la Commission d'Accès à l'Information Du Québec. Cette demande décrivait brièvement le projet de recherche et demandait l'accès à la date du décès s'il y a lieu des sujets en cause en tant que données publiques. Assortie de certaines conditions, l'autorisation à recevoir les données nécessaires à notre étude fût obtenue vers la fin du mois suivant (Annexe 1).

Les noms, prénoms et dates de naissance des 556 sujets ont été extraits des questionnaires utilisés en 1987 et envoyés, sur support informatique, au Service de l'Infocentre (MSSS) en avril 1994, ce afin d'identifier les sujets décédés de 1987 à 1992 inclusivement.

Comme ils s'échelonnaient sur une période relativement longue et nécessitaient une compilation exhaustive des décès, les renseignements demandés ne nous sont parvenus qu'à la fin juin 1994, bien qu'étant dans les temps prévus.

Il était cependant impossible pour le service de l'Infocentre de nous fournir avec certitude les informations nécessaires pour les deux sexes. En effet, nous ne pouvions certifier que dans le cas des sujets féminins, les noms transmis étaient bel et bien ceux à la naissance. Nous avons donc dû effectuer les recherches minutieuses dans les dossiers informatiques du Bureau de la statistique du Québec afin de retracer les femmes décédées à l'aide de leur date de naissance.

B-Enquête: auprès d'un sous-échantillon Sherbrookoïse

2.1.2 La sélection des sujets:

La procédure de sélection des sujets a fait appel à deux méthodes d'échantillonnage consécutives afin de constituer le sous-échantillon. Tout d'abord, parmi les sujets de l'échantillon-mère de la région de Sherbrooke, les sujets identifiés comme étant décédés lors de la première

phase de la présente recherche (A- étude documentaire) et ceux dont les coordonnées étaient absentes (noms ou adresses postales) ont été retirés, portant à 255 le nombre de sujets potentiels. Deuxièmement, ce groupe a été ensuite fragmenté en sous-groupes selon les strates suivantes: le sexe, l'âge et degré d'actualisation en 1987 (A+, A, A-). C'est parmi ces sous-groupes que certains sujets, choisis au hasard, ont été sollicités au moyen d'un envoi postal.

2.1.2.1 Les critères d'inclusion:

- faire partie des sujets toujours vivants à la fin de 1992;
- habiter les régions rurales estriennes ou la ville de Sherbrooke;
- accepter de coopérer volontairement à l'enquête en répondant au questionnaire postal;

2.1.2.2 La taille:

Pour observer un effet sur la variable dépendante, un calcul statistique préalable de la taille de l'échantillon a été réalisé. Bien que le calcul statistique du "n" soit hasardeux puisqu'il existe plusieurs facteurs en cause, nous estimons que 90 sujets permet une puissance satisfaisante ($\alpha=5\%$ $\beta=80\%$).

Cependant, afin de pallier au taux d'attrition prévu (refus et non rejoinis, décédés entre 1992 et 1995), 120 personnes âgées ont été sollicitées dans le but de former le sous-échantillon.

2.1.3 Les caractéristiques du sous-échantillon:

Le sous-échantillon se qualifie de probabiliste non-proportionnel.

2.1.4 La représentativité d'échantillonnage:

Le sous-échantillon ne peut prétendre être représentatif de la population visée.

2.2 Les méthodes de collectes des données:

2.2.1 Les instruments de mesure:

-Le POI (Personal Orientation Inventory):

Voir les instruments de mesure de la partie A- étude documentaire.

-Le MFAQ-santé subjective (Multidimensional Functional Assessment Questionnaire):

Choix:

Le MFAQ (santé subjective) a été utilisé pour la simple raison qu'il s'agit de celui qui a été utilisé en 1987. Notre objectif étant de vérifier l'évolution de l'état de santé dans le temps en rapport avec le degré d'actualisation de soi mesuré en 1987, il était tout indiqué d'utiliser le même instrument afin de pouvoir comparer les mesures de 1992 avec celles prises à l'époque. Comme nous le verrons plus loin, cet instrument démontre de bonnes qualités métriques et demeure un des instruments les plus connus pour mesurer l'état de santé.

Nature:

Le MFAQ a été élaboré dans le cadre du programme OARS (Older American's Resources and Services), donc spécialement pour des adultes et des personnes âgées.

"(...) le questionnaire cherche essentiellement à mesurer le niveau de fonctionnement d'un individu par rapport à cinq dimensions: les ressources sociales, les ressources économiques, la santé mentale, la santé physique et les activités de la vie quotidienne" (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992, p.45).

La collecte des données se faisant par voie postale, seules les questions portant sur la santé subjective étaient posées aux sujets. Il est important d'ailleurs, en ce moment, de mentionner qu'il existait une relation très significative entre la santé objective -mesurée par le MFAQ- physique- et la santé subjective déclarée ($p=0,00001$ et $\gamma = -0,71$) (Leclerc et al. 1992). Il s'agit des questions 17 et 18,; la première porte sur l'estimation de l'état de santé actuel, tandis que la seconde fait référence à l'état de santé actuel comparativement à ce qu'il était il y a cinq ans.

Validité-fidélité:

"(...) sa validité et sa fidélité ont été attestées étant donné qu'il a été conçu à l'intention des personnes âgées et du fait de son utilisation extensive aux Etats-Unis" (Leclerc et al., 1992, p.101). Selon plusieurs, il se compare quant à sa validité et à sa fidélité aux tests existants et mesurant l'état de santé (Leclerc et al., 1992).

Le questionnaire a été validé dans sa version originale anglaise (Fillenbaum, Smyer, 1981) et une étude de fidélité rapporte un coefficient de concordance de 0,88 (santé physique).

La section concernant la santé physique a été traduite par GRASPA. La comparaison entre les interviewers et les médecins démontre une validité convergente convenable (Lefrançois et al., 1995). De plus, une étude de fidélité de la version française a été réalisée en 1988 auprès de soixante personnes âgées, les corrélations inter-juges sont de 0,54 à 0,98 et les corrélations intra-juges de 0,61 à 0,98.

2.2.2 Le plan de collecte des données:

Les scores au POI obtenus aux différentes échelles et sous-échelles pour former les sous-groupes de sujets hautement, moyennement et faiblement actualisés ont été compilés par le Groupe de Recherche sur l'Actualisation de Soi des Personnes Âgées (Graspa) en 1987. Ces données sont réutilisées en relation avec l'évolution de l'état de santé subjective recueillies en 1995.

Les deux questions de type fermé pour réévaluer l'état de santé subjective ont été envoyées au domicile des sujets potentiels.

Afin d'assurer un taux de réponse maximal, une procédure inspirée de Dillman (1978), a été utilisée; le questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation et d'une enveloppe réponse pré-adressée et

affranchie. Cette lettre décrivait brièvement les objectifs de la recherche et invitait les personnes âgées à répondre le plus rapidement possible tout en les remerciant de leur précieuse collaboration.

Par la suite, deux types de relances successives ont été faites: a) l'envoi second questionnaire trois semaines après l'envoi du premier et b) un appel téléphonique deux semaines plus tard, aux personnes âgées n'avaient pas encore répondu. La collecte s'est terminée à la fin d'avril 1995.

L'approbation éthique de la présente recherche a été faite par la Commission d'accès à l'information pour ce qui a trait à l'étude documentaire. De plus, les sujets, ayant volontairement participé à l'enquête, devaient répondre à deux questions portant sur leur état de santé qui ne comportaient aucun élément pouvant nuire au sujets de quelque façon que se soit.

3. LES STRATÉGIES D'ANALYSE:

Les analyses sont effectuées à l'aide des logiciels SAS et SPSS. Le degré de signification est fixé à $p < 0,05$.

A-Étude documentaire:

Dans un premier temps l'étude descriptive des données selon leur fréquence et le pourcentage associé nous permet de dresser un portrait global de l'échantillon au regard des variables démographiques, indépendante et dépendantes. Deuxièmement, le KHI deux est utilisé afin de détecter des différences significatives entre les groupes sur le plan de certaines variables d'intérêt telle que la santé subjective et le MFAQ santé physique en 1987.

L'étude de la relation - actualisation de soi et taux de mortalité à six ans s'inscrit dans une approche hypothético-déductive, visant à vérifier empiriquement la formulation d'une hypothèse. L'analyse confirmatoire mesure l'existence d'une différence significative entre les trois groupes (faiblement-moyennement et hautement actualisé) en ce qui a trait au nombre de décès; elle s'appuie sur le test de signification du KHI deux puisque la variable dépendante est dichotomique (décès-vivant).

B-Enquête:

L'étude des caractéristiques des 120 sujets sollicités est faite afin de vérifier si les personnes qui ont répondu sont différentes de celles qui ne l'ont pas fait au plan des variables démographiques, indépendante et dépendantes.

L'analyse descriptive univariée et bivariée des données selon leur fréquence et le pourcentage associé, permet de dresser un portrait global du sous-échantillon sur le plan des variables démographiques (groupes d'âge, sexe) indépendante (POI) et dépendantes (santé subjective). Deuxièmement, le KHI deux est utilisé afin de détecter des différences significatives entre les groupes sur le plan de certaines variables d'intérêt.

L'analyse confirmatoire mesurant la présence d'une différence significative entre les trois groupes (faiblement-moyennement et hautement actualisé) au plan de l'évolution de la santé subjective, s'appuie sur le test de signification du KHI deux puisque la variable dépendante est catégorique (détérioration, stable et amélioration).

Ces choix ont été déterminés en raison du type de groupe en présence. Les données sont appariées puisqu'il s'agit des mêmes groupes de sujets comparés à eux-mêmes et qu'ils sont mesurés deux fois par le même instrument, le MFAQ - santé subjective.

4. LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES:

Bien sûr, cette recherche comporte des limites inhérentes au type de méthodologie utilisé.

Pour ce qui est de l'étude documentaire, la validité externe se trouve réduite pour deux raisons: premièrement, certaines strates (âge, sexe) sont sous ou surreprésentées et ne coïncident pas avec la réalité de la population cible; deuxièmement, l'étude porte seulement sur les régions de Montréal et Sherbrooke et ne peut prétendre, en conséquence, être généralisable à l'ensemble des Québécois âgés.

Cependant, malgré que certains sujets ont dû être exclus, la validité interne est augmentée, dans l'étude documentaire, en raison des caractéristiques de l'échantillon (gonflement des tranches d'âge supérieures et parité relative au sexe et au niveau socio-économique).

Malgré qu'il existe probablement des instruments plus performants et plus précis pour mesurer l'état de santé, il était préférable d'utiliser le même qu'en 1987 afin de pouvoir comparer adéquatement les deux mesures et, ainsi, mieux évaluer l'évolution de l'état de santé des sujets. De plus, les deux questions de santé subjective simples et faciles d'auto-administration se prêtent très bien à ce type de collecte de données.

L'étude sur l'actualisation de soi faite en 1987 a débuté au printemps de la même année pour se poursuivre jusqu'à l'automne. La période de collecte des données de 1995 (B- Enquête) est relativement courte et les conditions relativement semblables puisqu'elle se déroule pendant la période printanière (mars-avril). Nous ne pouvons affirmer quel en est l'effet sur la santé mais nous pensons que ce biais est neutralisé par le fait qu'il est présent chez tous les sujets.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

1. L'ÉTUDE DOCUMENTAIRE (A):

Ce troisième chapitre présente tout d'abord les résultats descriptifs de l'étude documentaire afin de dresser un profil général de l'échantillon et des sous-groupes au plan des variables démographiques, indépendante et dépendante. Les analyses univariées et bivariées sont introduites dans le but de détecter s'il y a des différences significatives entre les variables de l'étude et d'identifier, selon le cas, le rôle des variables contrôlées.

En un deuxième temps, l'hypothèse de recherche concernant la relation entre le potentiel d'actualisation de soi et le taux de mortalité est testée au moyen d'une analyse confirmatoire (test de signification du KHI deux).

1.1 L'analyse descriptive:

1.1.1 L'échantillon:

Parmi les 556 sujets finalement retenus, 320 habitent la région Sherbrookoise (58%) et 236 personnes viennent de la ville de Montréal (42%) (TABLEAU 3-1).

TABLEAU 3-1. Distribution des sujets selon la région (n=556).

RÉGION	NOMBRE	
	f	%
Sherbrookoise	320	58.0
Montréalaise	236	42.0
TOTAL	556	100.0

Le TABLEAU 3-2 présente la répartition des 277 femmes et 279 hommes qui composent l'échantillon selon le groupe d'âge auquel ils appartenaient en 1987.

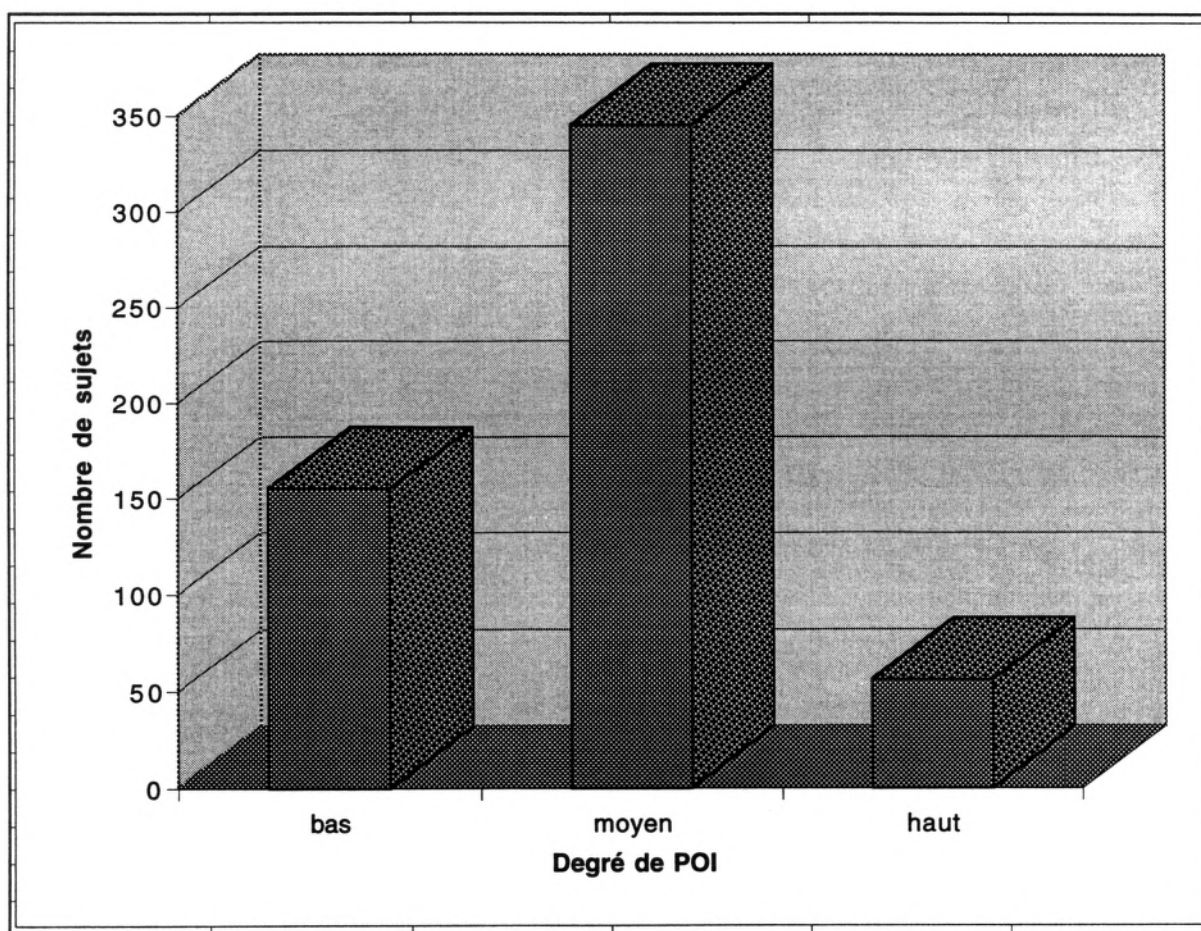
TABLEAU 3-2. Distribution des sujets selon le groupe d'âge en 1987 et le sexe (n=556).

SEXE	GROUPES D'ÂGE			TOTAL
	65-71	72-78	79 et plus	
Homme	102(53%)	90(49%)	87(48%)	279
Femme	89(47%)	92(51%)	96(52%)	277
TOTAL	191(100%)	182(100%)	183(100%)	556

Les résultats du questionnaire mesurant le potentiel d'actualisation de soi (POI) administré aux sujets de l'échantillon de 1987 ont été codifiés en trois sous-groupes représentant respectivement les personnes ayant démontré un bas, un moyen et un haut niveau d'actualisation de soi.

"Le degré d'actualisation de soi est défini par le score obtenu au test POI: selon que le résultat se situe à plus d'un écart-type au-dessus ou en-dessous de la moyenne sur les deux échelles globales "compétence temporelle" et "autonomie psychologique", le sujet est considéré comme fortement ou faiblement actualisé." (Leclerc et al.,1992, p.56).

La FIGURE 3-1 met en lumière la répartition du présent échantillon en regard du degré d'actualisation de soi de 1987. Le groupe des personnes âgées faiblement actualisés représente 27.8% de l'échantillon total, tandis que 62.1% et 10.1% sont respectivement réservés aux groupes de sujets qui démontraient un degré moyen et élevé d'actualisation de soi. Comme les chiffres l'indiquent, une minorité de personnes âgées (n=56) qui actualisent leur potentiel à un niveau élevé, la majorité des gens s'actualisant d'une façon modérée (n=345) ou plutôt modeste (n=155).



Notes: POI bas; un écart-type en-dessous de la moyenne sur les échelles CT et AP.
 POI élevé; un écart-type au-dessus de la moyenne sur les échelles CT et AP.

FIGURE 3-1. Distribution des sujets selon le niveau d'actualisation de soi en 1987 (n=556).

En 1987, au plan de la santé perçue, 19 sujets soit 3.4% de l'échantillon se percevaient en mauvaise santé alors que 108 (19.4%) en santé passable, 281 (50.5%) en bonne santé et 148 (26.6%) en excellente santé (Tableau 3-3).

TABLEAU 3-3. Distribution des sujets selon la santé perçue en 1987
(n=556).

SANTÉ PERÇUE	NOMBRE	
	f	%
Mauvaise	19	3.4
Passable	108	19.4
Bonne	281	50.5
Excellente	148	26.6
TOTAL	556	100.0

La FIGURE 3-2 représente les sujets sur le plan de l'état de santé tel que mesuré par le MFAQ, en 1987. La majorité (90.9%) des personnes ont été évaluées en santé relativement bonne soit (36.2%), présentant une légère déficience (35.6%) ou moyenne (19.1%). En 1987, seulement 6.5% des sujets présentaient une excellente santé et 2.5% une santé fortement déficiente.

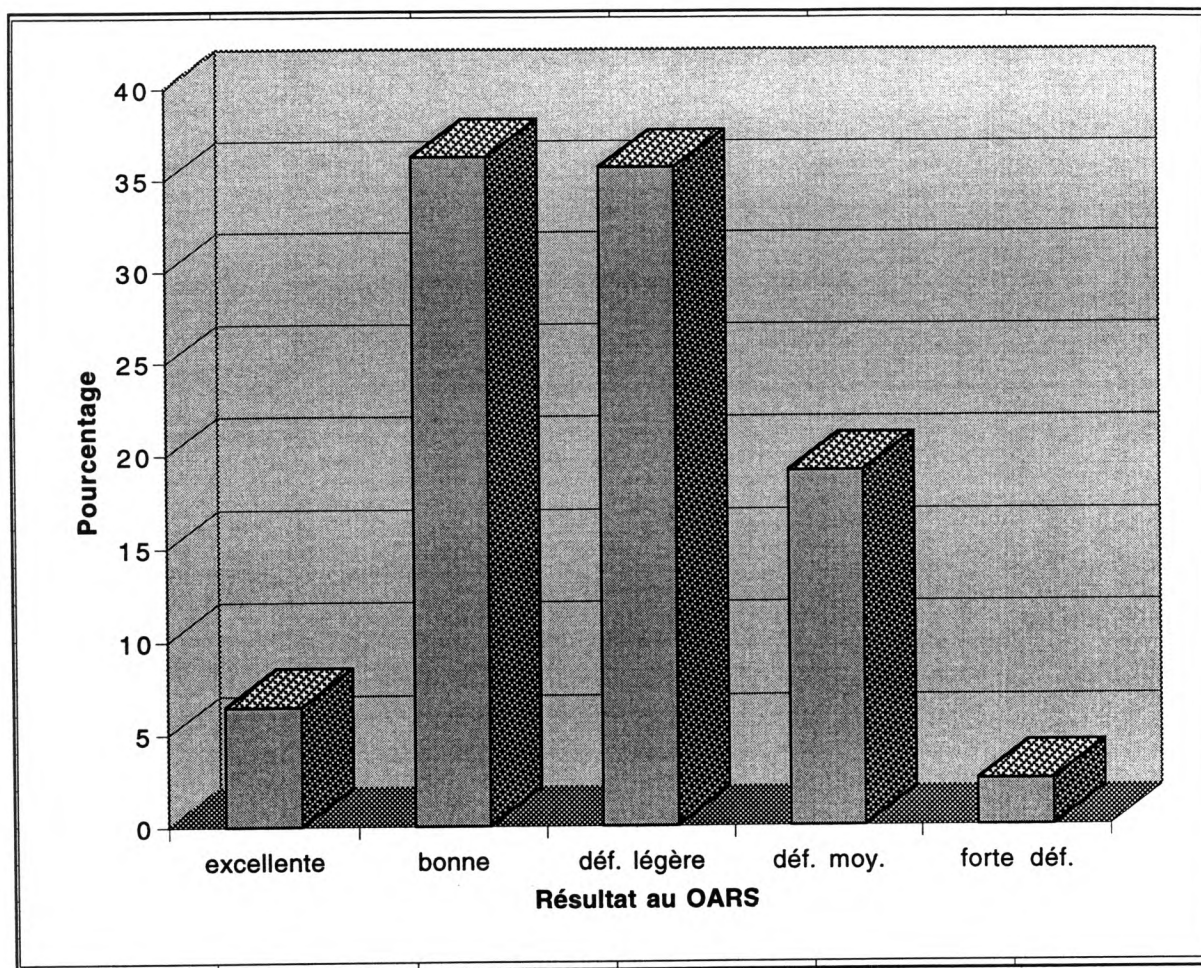


FIGURE 3-2. Distribution des sujets selon la santé observée (MFAQ) en 1987 (n=556).

1.1.2 Description des sujets décédés et des survivants:

Après consultation des fichiers informatiques du bureau de la statistique du Québec, 88 sujets (15.8%) ayant participé à l'étude de 1987 sont décédés, pendant la période allant de janvier 1987 à décembre 1992 inclusivement. Le TABLEAU 3-4 dénombre, selon leur âge en 1987, les

sujets décédés et les sujets encore vivants à la fin de la période de collecte des données.

L'âge est significativement associé ($p = 0,018$) au nombre de décès ce qui est normal, tandis que le fait d'être un homme ou une femme n'apparaît pas comme étant significativement relié au taux de mortalité ($p = 0.175$).

TABLEAU 3-4. Distribution des sujets décédés et vivants selon le groupe d'âge en 1987 (n=556).

État	Groupes d'âge			TOTAL
	65-71	72-78	79 et plus	
Décédé	22(12%)	26(14%)	40(22%)	88
Vivant	169(88%)	156(86%)	143(78%)	468
TOTAL	191(100%)	182(100%)	183(100%)	556
KHI DEUX = 7.982; DL = 2; p = 0,018*				

La FIGURE 3-3 met graphiquement en relation le nombre de décès en fonction du groupe d'âge et le sexe auquel appartenaient les sujets décédés en 1987. Nous remarquons visuellement que la différence quant au nombre de décès chez les hommes et les femmes s'accroît au fur et à mesure que les sujets avancent en âge. En effet, chez le groupe des 65 à 71 ans,

11 sujets masculins et 11 sujets féminin sont décédés comparativement à 15 hommes et 11 femmes chez le groupe des 72 à 78 ans et à 24 et à 16 chez les 79 ans et plus ($p=0.745$).

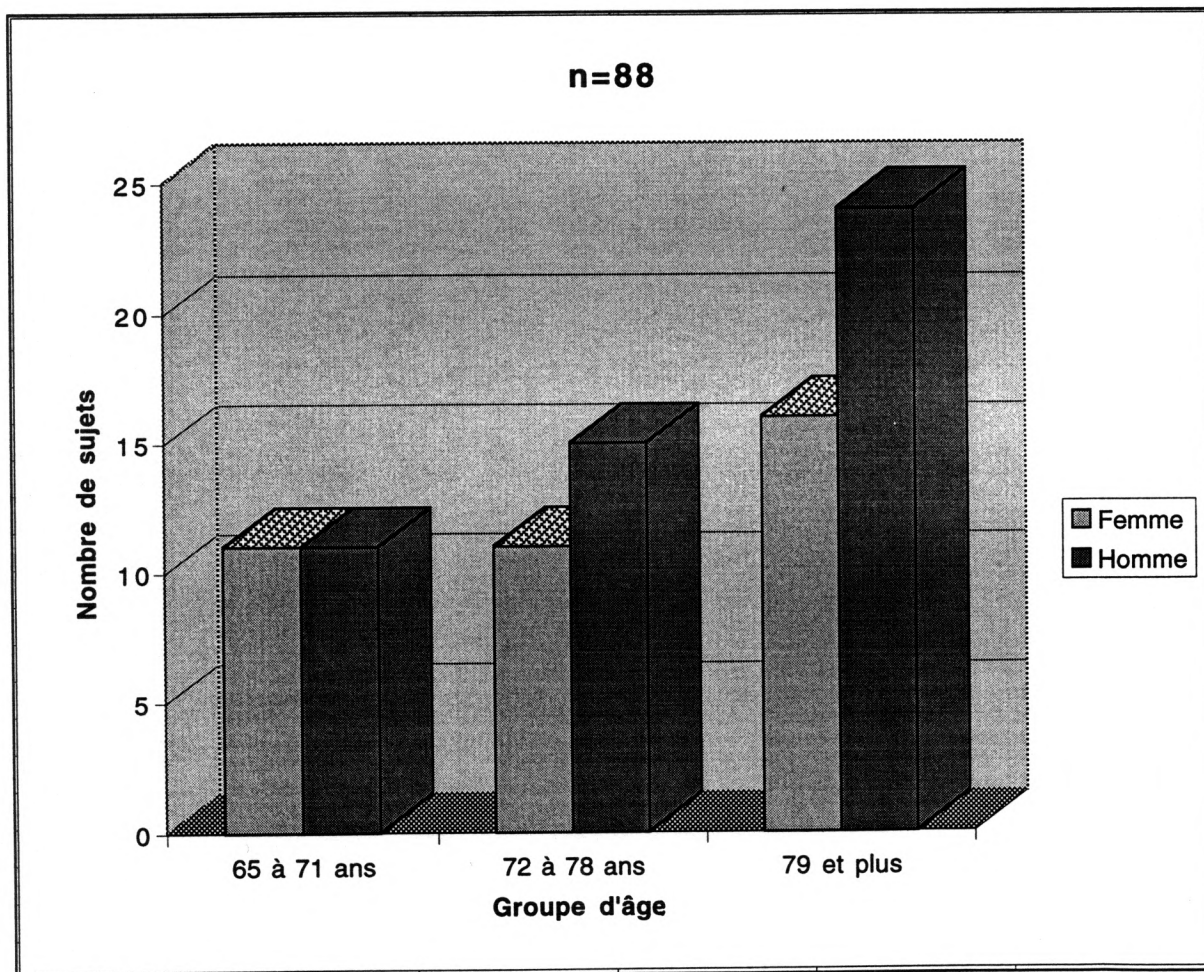


FIGURE 3-3. Répartition des sujets décédés en fonction du groupe d'âge et du sexe en 1987.

À titre descriptif, la variable âge n'étant pas considérée, le TABLEAU 3-5 présente les 88 sujets décédés selon leur degré d'actualisation de soi en 1987. Chez le groupe de personnes ayant démontré un bas niveau d'actualisation de soi (n=155), 28 sont décédés contre 52 des 345 personnes moyennement actualisées et 8 des 56 personnes qui s'actualisent fortement.

TABLEAU 3-5. Répartition des sujets décédés selon le POI de 1987.

POI	DÉCÉDÉS		TOTAL	
	f	%	f	%
Bas	28	32	155	27.8
Moyen	52	59	345	62.1
Haut	8	9	56	10.1
TOTAL	88	100%	556	100%

La FIGURE 3-4 présente le nombre de sujets décédés au regard de la perception de leur état de santé en 1987. Soulignons que c'est chez le groupe de gens qui se disaient en moins bonne santé (mauvaise santé; n=5 et santé passable; n=24) en 1987 que les pourcentages de décès sont les plus élevés -respectivement 26% et 22% tandis que chez les gens qui

s'estimaient en meilleure santé (bonne santé; $n=41$ et excellente santé; $n=18$), les pourcentages diminuent à 14% et 12%. La relation est cependant non significative ($p=0.082$).

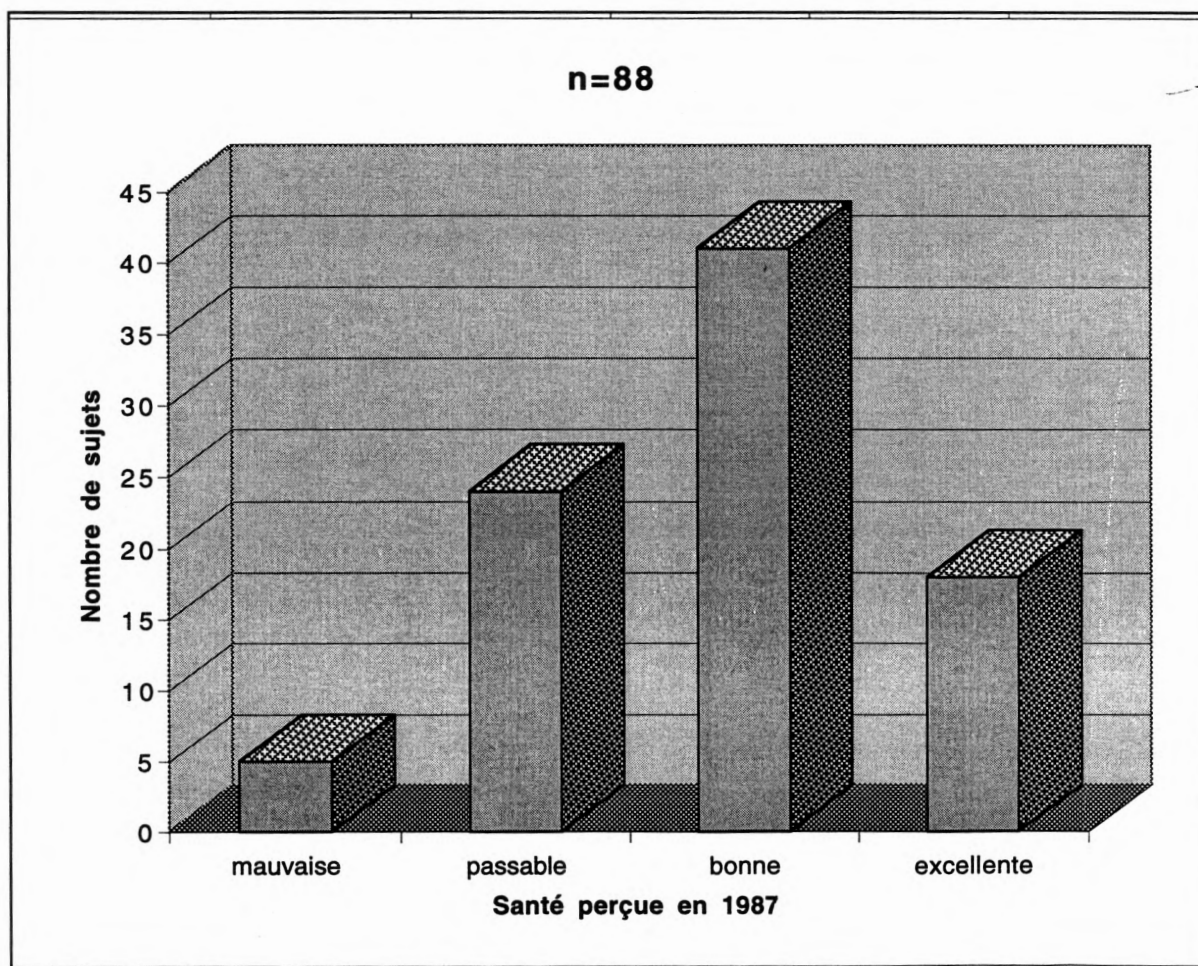


FIGURE 3-4. Distribution des sujets décédés selon la santé subjective en 1987 ($n=88$).

En regroupant la perception de santé en deux catégories, la relation devient alors significative; $p = 0,014$ (TABLEAU 3-6). En effet, parmi les 127 sujets qui considéraient leur santé comme mauvaise ou passable en 1987, 22.8% sont décédés, tandis que chez les 429 sujets qui se percevaient en bonne ou en excellente santé, le pourcentage de gens décédés diminue à 13.7%.

TABLEAU 3-6. Distribution des sujets décédés et vivants selon la santé subjective de 1987 regroupée (n=556).

SANTÉ SUBJECTIVE REGROUPEE					
ÉTAT	Mauvaise/passable		Bonne/excellente		TOTAL
	f	%	f	%	
Décédés	29	22.8%	59	13.7%	88
Vivant	98	77.2%	370	86.3%	468
TOTAL	127	100%	429	100%	556
KHI DEUX = 6.067; DL = 1; $p = 0,014^*$					

La santé objective telle que mesurée par le MFAQ est fortement ($p=0.004$) reliée à la probabilité de décès à 6 ans chez les 556 sujets à l'étude, surtout chez le groupe atteint de déficience de santé moyenne (36.8%). Les personnes âgées qui ont été évaluées comme ayant une faible santé sont décédées en nombre significativement supérieur aux personnes ayant présenté un meilleur bilan de santé (TABLEAU 3-7).

TABLEAU 3-7. Distribution des sujets décédés et vivants selon la santé observée (MFAQ) en 1987 (n=550).

MFAQ	DÉCÈS		VIVANTS		TOTAL
	f	%	f	%	
Excellente	3	3.4	33	7.1	36
Bonne	21	24.1	178	38.5	199
Déf. légère	32	36.8	164	35.4	196
Déf. moyenne	28	32.2	77	16.6	105
Forte déf.	3	3.5	11	2.4	14
TOTAL	88	100%	463	100%	550
KHI DEUX = 15.307; DL = 4 p = 0,004*					

Le manque d'effectifs nous empêche de vérifier si cette relation se maintient par groupe d'âge. Cependant, lorsque nous ramenons les résultats du MFAQ à 3 groupes (excellente et bonne santé - déf. légère - déf. moyenne et forte déficience), à âge égal, la relation se maintient pour les groupes des 65 à 71 ans ($p = 0,001$) et des 72 à 78 ans ($p = 0,002$) mais non pour le groupe des 79 ans et plus ($p = 0,898$) (ANNEXE 3). L'âge, lorsqu'il atteint un certain niveau, semble donc être un facteur de mortalité plus important, que la santé objective, telle que mesurée par le MFAQ, de sorte que la perception de la santé n'a plus d'effet.

1.2 L'analyse confirmatoire:

Cette section fera l'objet de la présentation des résultats concernant la relation entre le degré d'actualisation de soi évalué en 1987, avec le taux de mortalité 6 ans après. Le but de la présente recherche étant de participer aux connaissances relatives à la relation entre le développement psychologique et la santé à long terme. Le test d'hypothèse jugé le plus approprié à l'étude documentaire est celui du KHI

DEUX, puisque l'échelle de mesure de la variable dépendante principale (décès-vivant) est catégorique. La zone de rejet de l'hypothèse nulle est fixé à $p < 0.05$.

Rappel de l'hypothèse de recherche :

La proportion de décès à 6 ans est plus basse chez le groupe de personnes âgées ayant présenté un niveau d'actualisation de soi élevé en 1987 que chez celui qui a présenté un niveau d'actualisation moindre.

Comme l'indique le TABLEAU 3-8, nous observons chez le groupe des aînés ayant présenté un faible niveau d'actualisation de soi ($n=155$), que 28 personnes qui sont décédées pendant la période de janvier 1987 à décembre 1992 soit 18%. Chez le groupe des personnes qui se réalisent de façon moyenne, le pourcentage diminue à 15% alors que 52 personnes sont décédées sur une possibilité de 345. Finalement, chez le dernier groupe, celui des personnes fortement actualisées, le taux n'est que de 14%, soit 8 décès sur 56 personnes. La FIGURE 3-5 illustre cette tendance. La probabilité $p = 0.660$ étant supérieur au seuil de signification de 5% fixé, l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a significativement plus de décès chez les gens âgés hautement actualisés en 1987, est donc rejetée. Il faut noter ici que l'analyse ne tient pas compte du moment où

est survenu le décès, seul le fait d'être décédé ou non est considéré. À cet égard, une analyse de survie aurait été plus puissante et précise.

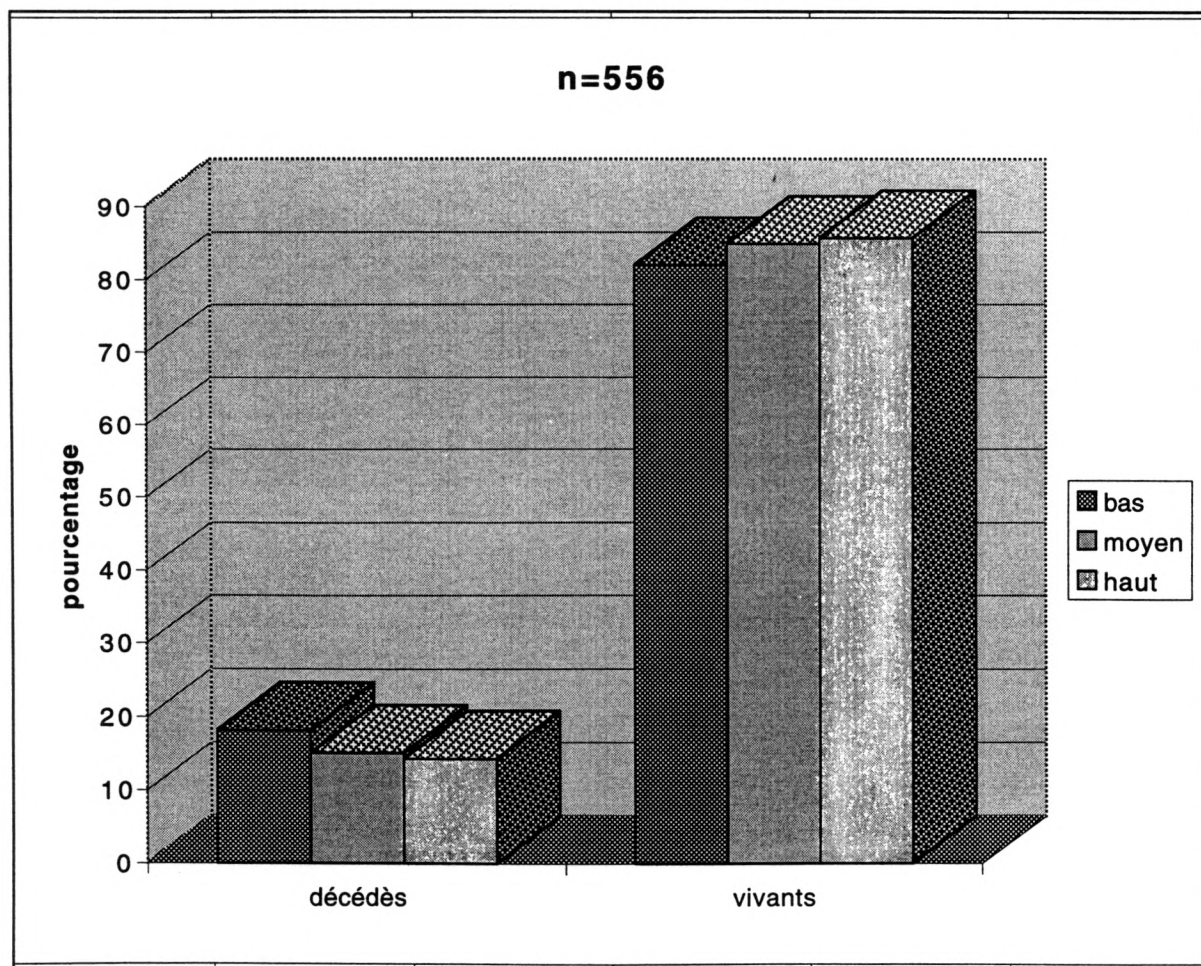


FIGURE 3-5. Distribution des sujets décédés et vivants selon le degré d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=556).

TABLEAU 3-8. Répartition des sujets décédés et des vivants selon le degré d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=556).

ÉTAT	Bas			POI Moyen			Haut			TOTAL
	f	%	âge moyen	f	%	âge moyen	f	%	âge moyen	
Décédé	28	18.1	(77.4)	52	15.1	(77.5)	8	14.3	(72)	88
Vivant	127	81.9	(75.1)	293	84.9	(74.5)	48	85.7	(72)	468
TOTAL	155	100	(75.6)	345	100	(75.0)	56	100	(72.4)	556
KHI DEUX = 0.830; DL = 2; p = 0.660										

2. L'ENQUÊTE (B):

Cette deuxième partie du troisième chapitre décrit premièrement le cheminement des stratégies échantillonnables et compare les sujets qui ont participé à l'étude à ceux qui n'ont pas participé. Par la suite, les

résultats descriptifs sont présentés afin de dresser un profil général du sous-échantillon et sous-groupes sur le plan des variables démographiques, indépendante et dépendantes.

Finalement, l'analyse confirmatoire permet de tester l'hypothèse de recherche concernant l'influence du potentiel d'actualisation de soi sur l'évolution de la santé subjective.

2.1 L'analyse descriptive:

Le sous-échantillon est construit à partir de l'échantillon de 556 sujets de l'étude documentaire (A). Premièrement, le groupe de sujets potentiels est identifié (255 personnes). Il convient de mentionner ici la démarche qui sous-tend ce nombre. L'enquête portant exclusivement sur le groupe de sujet de la région Sherbrookoise, les 236 personnes habitant la région de Montréal sont retirées. Dans le groupe de la région Sherbrookoise (n=320), 51 personnes sont décédées et identifiées lors de l'étude sur la mortalité (étude documentaire - A) et 14 autres sont soustraites car ces questionnaires ne comportaient pas les coordonnées postales des sujets.

Afin de pallier au taux d'attrition prévu (refus et non rejoin) et de s'assurer d'obtenir un n= 90, 120 personnes, choisies au hasard, ont été sollicitées par envoi postal afin de répondre à un bref questionnaire. Au besoin, des rappels ont été faits.

Le TABLEAU 3-9 montre les résultats de la sollicitation postale. Parmi les 120 sujets potentiels, 38 personnes (32%) ont refusé (4 refus et 34 absences de réponse), 16 n'ont pu être rejointes, 18 sont décédées (après décembre 1992) et 48 ont retourné le questionnaire dûment complété. Le taux de participation est de 56%. Le sous-échantillon comprend 66 sujets si on inclus les 18 personnes décédées.

TABLEAU 3-9. Résultats de la sollicitation postale

	FRÉQUENCE et POURCENTAGE	
	f	%
Questionnaire complété	48	40
Décès	18	15
Refus - pas de réponse	38	32
Non-retracé	16	13
Total	120	100%

Pour vérifier si le profil des personnes qui ont refusé, accepté ou qui sont décédées est différent au plan des variables démographiques, indépendante et dépendante, les 120 sujets sont distribués en 3 groupes, selon le type de réponse, et les tests du KHI DEUX sont appliqués. Le TABLEAU 3-10 présente les résultats.

Les tests portant sur les différences entre les groupes sont tous non significatives. Il est à noter que pour avoir un nombre suffisant de sujets pour assurer la validité du test, pour ce qui a trait à la santé perçue et à la santé observée (MFAQ, 1987), nous avons regroupé les échelles.

TABLEAU 3-10. Comparaison entre les répondants, les non-répondants et les sujets décédés (n=120).

Variable	Type de réponse			
	OUI n=48	NON n=54	DÉCÈS n=18	KHI DEUX Valeur p
Gr. d'âge				
65-71	18	19	3	7,944 p=0.094
72-79	18	18	4	
79et+	12	17	11	
Sexe				
H	25	22	13	5,491 p=0.064
F	23	32	5	
Degré POI				
Bas	18	22	9	2,861 p=0.581
Moyen	18	24	7	
Haut	12	8	2	
Santé perçue regroupée				
mauv./pass.	7	13	5	2,007 p=0.367
bon./exc.	41	41	13	
MFAQ regroupé				
Exc./bon.	27	26	8	1,521 p=0.823
Déf.lég.	15	18	7	
Déf.moy.fort.	6	10	2	

Notes: Santé perçue regroupée; 0=mauvaise et passable; 1=bonne et excellente.

MFAQ regroupé; 1=exc. et bonne; 2=déf. légère.; 3=déf. moy et forte.

2.1.1 Le sous-échantillon:

Le sous-échantillon comprend 28 femmes (42%) dont 7 avaient entre 65 et 71 ans en 1987, 12 entre 72 et 78 ans et 9 appartenaient au groupe des 79 ans et plus. Les hommes, au nombre de 38 (58%), se répartissaient comme suit en 1987: 14 de 65 à 71 ans, 10 de 72 à 78 ans et 14 de 79 ans et plus (TABLEAU 3-11).

TABLEAU 3-11. Distribution des sujets selon le groupe d'âge en 1987 et le sexe.

SEXE	GROUPE D'ÂGE						TOTAL
	65-71		72-78		79 et plus		
	f	%	f	%	f	%	
Femme	7	33.3	12	54.5	9	39.1	28 (42.4%)
Homme	14	66.7	10	45.5	14	60.9	38 (57.6%)
TOTAL	21	100%	22	100%	23	100%	66 (100%)
KHI DEUX = 2,136; DL = 2; p = 0.344							

Comme le montre le TABLEAU 3-12, 41% des sujets (n=27) démontraient, en 1987, un niveau plutôt bas d'actualisation de soi; 38% (n=25) s'actualisaient moyennement, tandis que 21% (n=14) s'actualisaient de façon supérieure.

TABLEAU 3-12. Distribution des sujets selon leur niveau d'actualisation de soi en 1987 (POI) (n=66).

POI	FRÉQUENCE ET POURCENTAGE	
	f	%
Bas	27	40.9
Moyen	25	37.8
Haut	14	21.2
TOTAL	66	100%

Comment les sujets à l'étude percevaient-ils leur santé en 1987? Aucun ne concevait avoir une mauvaise santé, 12 (18%) considéraient leur santé comme passable, 37 (56%) comme bonne et 17 (26%) évaluaient que leur santé physique était excellente (TABLEAU 3-13).

TABLEAU 3-13. Distribution des sujets selon la santé perçue en 1987 (n=66).

SANTÉ PERÇUE	FRÉQUENCE ET POURCENTAGE	
	f	%
Mauvaise	0	0
Passable	12	18.2
Bonne	37	56.1
Excellente	17	25.7
TOTAL	66	100%

Comment les sujets survivants perçoivent-ils leur santé en 1995? Seuls les sujets étant en mesure de répondre au questionnaire (n=48) apparaissent au TABLEAU 3-14. Les sujets se perçoivent en mauvaise santé dans une proportion de 8% (n=4), considèrent leur état de santé comme passable 38% (n=18) ou bonne à 44% (n=21); finalement 10% (n=5) s'estiment en excellente santé.

TABLEAU 3-14. Distribution des sujets selon leur santé perçue en 1987 et 1995 (n=48).

	SANTÉ PERÇUE 1987		SANTÉ PERÇUE 1995	
	f	%	f	%
Mauvaise	0	0	4	8.3
Passable	7	14.5	18	37.5
Bonne	27	56.2	21	43.7
Excellente	14	29.1	5	10.4
TOTAL	48	100%	48	100%

Le TABLEAU 3-14 met en relation la santé subjective des 48 sujets telle que perçue en 1987 et en 1995. Il est intéressant de souligner que 8% plus de gens se disent en mauvaise santé et 20% plus de gens se disent passablement en santé en 1995. L'inverse se produit pour ce qui est des personnes qui se considèrent en 1995 en bonne et en excellente santé; les proportions diminuant à 12% et à 19%. Malheureusement, le KHI DEUX n'est pas valide car que le nombre de sujets, dans certaines cellules est insuffisant, et ce, même en regroupant l'échelle de la santé perçue en 2 grandes catégories seulement.

TABLEAU 3-15. Distribution des sujets selon la santé observée en 1987 (MFAQ) (n=65).

SANTÉ OBSERVÉE	FRÉQUENCE ET POURCENTAGE	
	f	%
Excellente	5	7.7
Bonne	30	46.2
Déf. légère	22	33.8
Déf. moyenne	7	10.8
Forte déficience	1	1.5
TOTAL	65	100

En 1995, 5 personnes étaient considérées comme jouissant d'une excellente santé et 30 d'une bonne santé; 30 personnes démontraient certaines déficiences soient légères (n=22), moyennes (n=7) ou fortes (n=1) (TABLEAU 3-15).

2.2 L'analyse confirmatoire:

Cette section présente les résultats concernant la relation entre le degré d'actualisation de soi en 1987 et l'évolution de la santé perçue des sujets. Une fois de plus le KHI DEUX est utilisé pour tester l'hypothèse, la variable dépendante principale (évolution de l'état de santé) étant aussi catégorique. La zone de rejet de l'hypothèse nulle est fixé à $p < 0.05$ signifiant que la probabilité que la relation soit due au hasard soit inférieure à 5%.

Rappel de l'hypothèse de recherche :

Les personnes âgées ayant présenté un haut degré d'actualisation de soi en 1987 ont connu une meilleure évolution de leur état de santé que celles qui ont présenté un degré moindre d'actualisation de soi.

Évolution de la santé subjective:

L'évolution de la santé perçue est évaluée à partir de la comparaison entre la santé des sujets ($n=48$), perçue en 1987 et celle perçue en 1995. Si en 1995, le sujet considère sa santé de la même façon qu'en 1987, son évolution de santé subjective est dite stable. Il y a amélioration ou détérioration selon qu'il évalue que sa santé meilleure ou moins bonne qu'en 1987.

Dans 39.6 % ($n=19$) des cas, les sujets s'évaluent de la même façon en 1995 qu'en 1987, seulement 8.3% des sujets ($n=4$) perçoivent une amélioration par rapport à 1987, tandis que 52.1% d'entre eux, considèrent leur santé comme étant pire qu'elle était en 1987 ($n= 25$) (TABLEAU 3-16).

Évidemment, il n'est nullement surprenant qu'à cet âge les sujets qui s'évaluent en meilleure santé qu'en 1987 soient peu nombreux ($n=4$). C'est pourquoi lorsqu'on met en relation le POI et l'évolution de la santé perçue, le nombre restreint de sujets dans chacune des cellules, rend le test du KHI DEUX inutilisable et force l'utilisation de stratégies d'analyses différentes afin d'augmenter la validité du test. Le TABLEAU 3-18 vérifie les différences entre les groupes au plan de l'actualisation de soi en considérant que les 18 sujets décédés ont connu une détériora-

tion de leur état de santé et en regroupant les gens dont la santé perçue s'est améliorée ou est demeurée stable.

TABLEAU 3-16. Répartition des sujets selon l'évolution de leur santé subjective et leur degré d'actualisation de soi (n=48).

ÉVOLUTION SANTÉ	DEGRÉ D'ACTUALISATION DE SOI						TOTAL
	Bas		Moyen		Haut		
	f	%	f	%	f	%	
Détérioration	11	61.1	9	50.0	5	41.7	25
Stable	6	33.3	7	38.9	6	50.0	19
Amélioration	1	5.6	2	11.1	1	8.3	4
TOTAL	18	100	18	100	12	100	48
							100%

TABLEAU 3-17. Comparaison des sujets selon l'évolution de leur santé subjective regroupée et leur degré d'actualisation de soi (n=66).

ÉVOLUTION SANTÉ REGROUPEE	DEGRÉ D'ACTUALISATION DE SOI									TOTAL
	f	Bas %	âge moyen	f	Moyen %	âge moyen	f	Haut %	âge moyen	
Décès/ Détérioration	20	74.0	76.1	16	64.0	76.4	7	50.0	72.3	43
Stable/ Amélioration	7	26.0	74.0	9	36.0	76.0	7	50.0	71.3	23
TOTAL	27	100		25	100		14	100		66
										100%
KHI DEUX = 2,377; DL = 2; p = 0.305										

Nous remarquons que le pourcentage de personnes ayant une mauvaise santé décroît à mesure que s'élève le degré d'actualisation de soi tandis que le pourcentage de personnes ayant une santé relativement bonne augmente en fonction du degré d'actualisation de soi.

Cependant, l'hypothèse de recherche selon laquelle les personnes ayant présenté un degré d'actualisation élevé en 1987 ont connu une évolution de santé positive comparativement à ceux qui se réalisaient faiblement, est rejetée car la probabilité $p = 0.305$ est supérieure au seuil de signification de 5% fixé au départ.

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette dernière partie revoit l'ensemble de la recherche. Elle discute d'abord de la méthodologie utilisée en relevant ses forces et faiblesses. Ensuite, elle revise les points marquants de la recension des écrits en les mettant en relation avec les résultats significatifs de la présente recherche. Finalement, elle émet des recommandations pertinentes aux recherches futures sur la relation à long terme entre le développement psychologique et la santé physique.

4.1 Analyse de la méthodologie:

Cette recherche a pour objectif général l'étude des liens entre les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et l'évolution de l'état de santé des aînés. Plus spécifiquement, elle s'intéresse à la relation longitudinale entre le potentiel d'actualisation de soi, la santé subjective et le taux de mortalité dans les 6 ans suivant la première évaluation.

Cette étude comporte bien sûr ses forces et ses faiblesses qui sont inhérentes à la méthodologie utilisée.

4.1.1 Le dispositif:

Le dispositif privilégié répond aux objectifs de recherche. Premièrement, il permet de vérifier l'incidence de mortalité chez trois sous-groupes ayant présenté six ans auparavant, un degré d'actualisation de soi élevé, moyen ou faible. Cependant, la période pendant laquelle la collecte des données s'est effectuée étant trop courte, le nombre de sujets décédés n'étant que de 88 personnes, il constitue un nombre un peu trop restreint au plan statistique.

Deuxièmement, en seconde partie, l'étude de la prédiction de l'évolution de la santé subjective dans le temps est dépendante des caractéristiques du groupe évalué. En effet, une conséquence importante souvent associée aux études longitudinales et gérontologiques de surcroît, la mortalité échantillonnale est en partie responsable de la petite taille du sous-échantillon ce qui a pour effet de limiter à plusieurs occasions, la validité subséquente des analyses différentielles portant sur des variables catégoriques.

Ce dispositif aurait davantage servi, si la présente étude avait été intégrée au protocole initial de recherche de 1987. Il aurait ainsi permis d'utiliser une stratégie d'acquisition plus efficace principalement au plan de l'échantillonnage et de l'observation. À titre d'exemple, la planification d'un suivi systématique des sujets au plan de la santé ou de

la mortalité, en collaboration avec les intervenants du milieu et les familles, aurait limité le nombre sujets qu'on a perdu de vue.

4.1.2 L'échantillon et le sous-échantillon:

L'échantillon original était de type stratifié non-proportionnel, l'objectif du GRASPA étant de vérifier le lien entre plusieurs variables. Par conséquent, les résultats ne pouvaient être généralisés à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus. Il en est de même pour l'échantillon et le sous-échantillon de la présente étude puisqu'aucun redressement statistique n'a été effectué. Les résultats s'appliquent donc seulement aux groupes de personnes âgées en cause.

Le respect de la méthode d'échantillonnage initiale et le fait d'opter à nouveau pour un sous-échantillon stratifié non-proportionnel comportait un avantage certain celui de maximiser la validité des analyses interstrates et de mieux contrôler l'influence des facteurs tels que l'âge et le sexe. L'objectif étant de vérifier la relation entre la santé à long terme et les différents niveaux d'actualisation de soi établis en 1987, il était impératif de s'assurer d'un nombre suffisant de sujets dans chaque catégorie hautement, moyennement et faiblement actualisés. Dans un optique exploratoire et longitudinal, cette préoccupation importait davantage que celle de pouvoir généraliser les conclusions à l'ensemble de la population âgée.

4.1.3 Les instruments de mesure:

Le choix des instruments a été déterminé à la fois par l'étude de 1987, la recension des écrits et les ressources de la chercheure.

Le potentiel d'actualisation de soi (POI) intègre en effet, la majorité des traits de personnalité et des processus de développement psychologiques souvent indépendamment reliées de façon significative avec la santé ou la mortalité, en une seule mesure englobante et plus opérationnelle. En plus de démontrer de bonnes qualités métriques, le POI a été jusqu'ici peu utilisé pour les groupes de personnes âgées et tout particulièrement en lien avec les variables dépendantes de la présente étude.

Deuxièmement, cette recherche met en lien longitudinalement à la fois deux indicateurs de santé abondamment étudiés séparément dans la littérature en relation avec différentes mesures de développement psychologique, mais peu souvent de façon simultanée, soit la santé telle que perçue et la mortalité.

De plus, les mesures de santé subjective et de taux de mortalité ont été de plus privilégiées principalement en raison de leur facilité d'auto-administration et de leur accessibilité. Grandement utilisés, ils représentent des indices fiables, simples et souples du concept de santé globale.

4.1.4 La procédure de collecte de données:

Deux stratégies d'observation ont été utilisées afin d'assurer l'atteinte des objectifs de recherche.

Mentionnons tout d'abord que la méthode de collecte des données a subi l'influence de plusieurs facteurs externes qui se sont révélés très déterminants, dans le choix et l'adaptation des stratégies. Les facteurs monétaires (coûts), le temps (l'incidence de la mortalité), l'accessibilité et la disponibilité des données sont interféré tout au cours de cette recherche. Le choix de la méthode de collecte des données s'explique aussi, en partie, par les ressources de la chercheuse.

Le choix d'opter pour l'étude documentaire comporte ses avantages et ses inconvénients. L'étude prospective des taux de mortalité est relativement fiable via la source gouvernementale des données. Cependant, nous avons dû nous limiter aux registres informatiques existants au moment de la collecte des données, ce qui a eu pour effet, tel que discuté plus haut, de restreindre la période répertoriée à six ans et réduire ainsi le nombre de décès recensés dans l'échantillon. Cette contrainte a une importance certaine puisque d'après les auteurs, l'étude de 1987, les sujets de l'échantillon étaient relativement en meilleure santé, comparativement, à la population des personnes âgées en général.

Quant à elle, la procédure de collecte des données auprès du sous-échantillon a subi de multiples modifications en cours de route. Le plan

initial de collecte de données prévoyait des entrevues de face à face au domicile des sujets et comportait une seconde passation du POI (version abrégée) a dû être abandonné, la chercheure étant physiquement trop éloignée des lieux d'investigation.

Le questionnaire postal s'avérait être une alternative mieux adaptée mais limitait, du même coup, la quantité de variables à mesurer. Cependant, il avait l'avantage d'être appliqué simultanément à un plus grand nombre de personne et d'assurer une certaine uniformité de la mesure. De plus, le questionnaire postal diminue le biais de la désirabilité sociale et limite l'ingérence du chercheur. Par contre, la qualité des réponses dépend de la compréhension que le sujet a des questions posées et le taux de participation est souvent plus bas que celui de l'entrevue de type face à face ou de l'interview téléphonique.

Cependant, considérant que la clientèle âgée de la région de Sherbrooke est grandement sollicitée, que la moyenne d'âge des sujets est élevée et que le temps écoulé depuis la première collecte de 1987 est considérable, nous estimons que le taux de réponse de la présente recherche est satisfaisant.

4.1.5 L'analyse statistique:

La présente recherche voulait vérifier s'il existait des différences significatives entre les groupes en présence au plan de l'évolution de la

santé subjective et du taux de mortalité. L'analyse statistique est demeurée conservatrice en s'appuyant uniquement sur le test de signification du KHI deux. D'autres types d'analyses statistiques (l'analyse de la variance et de la covariance, l'analyse de régression, l'analyse de survie etc.), plus puissants en considérant les variables comme continues, auraient pu être appliqués. Compte tenu du type de données recueillies et des ressources disponibles à la chercheuse, cette méthode d'analyse répond aux objectifs de l'étude mais commande, du même coup, la prudence quant aux conclusions de cette dernière.

4.2 Les résultats:

Dans l'analyse bio-psycho-sociale de la santé, beaucoup d'études se sont arrêtées aux facteurs prédictifs de la maladie. La relation entre les dimensions psychiques de toutes sortes et la santé à long terme fût fréquemment étudiée. Des variables telles que le bien-être psychologique (BEP), la dépression, l'estime de soi, les types de personnalité, etc. ne peuvent être considérées, sans l'être du moins unanimement, comme des facteurs de risque de la maladie.

La santé objective, telle que mesurée par le MFAQ, est un facteur fortement relié au taux de mortalité ($p=0.004$) dans l'échantillon à

l'étude. L'âge, quant à lui, est significativement ($p=0.018$) en lien avec le nombre de décès. À plus d'une reprise, évidemment, la documentation gérontologique confirme ces relations dont l'étude de Bocquet et al. (1987) qui met en relation la santé subjective et la mortalité dans les 3 ans qui suivent chez un échantillon de 645 personnes, le groupe de chercheurs trouva une relation significative entre l'âge et le taux de mortalité ($p=0.01$). Tout comme Bocquet et al. étonnamment, le sexe n'est pas en lien au nombre de décès. La différence entre les hommes et les femmes augmente avec l'âge sans, pour autant, devenir significative.

La présente recherche fait ressortir l'existence d'un lien statistique ($p=0.014$) entre la santé subjective et le nombre de décès à 6 ans, corroborant de ce fait de nombreuses études allant dans le même sens (Foster, 1977; Brennan & Clare, 1980; Hunt et al., 1980, 1984; Mossey & Sharipo, 1982; Kaplan & Camacho, 1983; Magi et al., 1984; Blaxter, 1985; Barell & Lusky, 1988; Ilder & Angell, 1990; Kasl & Lemke, 1990; Ostlin, 1990; Ilder & Kasl, 1991; Wolinsky & Johnson, 1992).

Enfin, malgré que l'étude du Groupe de recherche sur l'actualisation de soi (GRASPA, 1992) ait trouvé une relation significative entre le potentiel d'actualisation de soi et plusieurs indicateurs de santé, évalués 1987, il semble que cette relation ne persiste pas dans le temps chez le groupe en cause. Nous ne pouvons prétendre qu'il existe, pour les sujets à l'étude et le type de méthodologie utilisé, de relation significative entre le développement psychologique tel que mesuré par le POI et la santé à long terme ou la mortalité. Toutefois, la variable "âge

au décès" n'ayant pas été exploitée statistiquement à son maximum, comme l'aurait fait une analyse de survie, nous pouvons émettre des réserves quant à l'acceptation sans équivoque de l'hypothèse nulle.

En fait, il s'agit d'une étude qui fût soumise à de multiples imprévus qui ont commandé l'adaptation du plan d'échantillonnage et de la méthode de collecte des données à quelques reprises et dont les conséquences sur le plan des stratégies d'analyse sont évidentes étant donné le nombre limité de sujets.

4.3 Les recommandations:

Suite à cette recherche, quelques recommandations peuvent être formulées afin d'aider les personnes désireuses d'étudier la relation entre le développement psychologique et l'évolution de la santé des aînés.

Dans une perspective longitudinale, il faut prévoir des stratégies de collecte de données raffinées afin de pallier le taux d'attrition élevé inhérent au dispositif utilisé et aux caractéristiques de la clientèle des personnes âgées évaluées. Par exemple, établir au préalable des ententes avec les autorités responsables des ressources détenant l'information pertinente telles que le Fichier régional de placement, la Régie des rentes du Québec, le corps médical, la famille etc.

S'assurer d'un échantillon plus important en recensant les décès sur une période de suivi plus longue.

Afin de maximiser les analyses statistiques, avoir recours à des variables continues en considérant davantage la variable "âge au décès". Favoriser des analyses statistiques plus puissantes et mieux adaptées à ce type de recherche telle que l'analyse de survie.

4.3 Conclusion générale:

Qu'est-ce qui fait qu'une personne vieillit bien alors qu'une autre éprouve de grandes difficultés de santé psychologique et physique avec l'avance en âge?

La présente étude cherche de la réponse à la fois dans le bagage biologique de la personne, sa façon d'entrer en relation avec autrui et avec la vie. Elle respecte intégralement la définition multidisciplinaire du vieillissement, en considérant finalement les relations d'interdépendance entre tous ces éléments.

Alors que la littérature traitant de la dynamique entre les diverses dimensions psychologiques et la santé abonde prises une à une, la présente étude cherche à établir des liens entre plusieurs d'entre elles. En effet, cette recherche constitue un effort d'enrichissement de la connaissance en contribuant à intégrer les différentes caractéristiques psychiques souvent reliées à une santé dite plus positive ou à un taux de mortalité plus bas, tel que le sentiment de contrôle sur sa vie, la qualité des contacts sociaux, l'estime personnelle, la réduction du degré d'hostilité et d'anxiété, le bien être psychologique etc., en un seul indicateur global de développement psychologique, le potentiel d'actualisation de soi. Et comme ce dernier a été jusqu'à présent peu exploité

dans les études longitudinales portant sur les personnes âgées et, pratiquement jamais à notre connaissance, en lien avec la santé et la mortalité.

L'étude de la relation entre les composantes psychologiques et la santé est un sujet qui a passionné et qui passionne encore beaucoup de chercheurs et de chercheurs partout dans le monde. En raison de sa complexité, elle a suscité de multiples théories cherchant à expliquer cette relation.

Malgré que l'O.M.S. intègre, depuis quelques années déjà, les dimensions sociales et psychologiques dans sa définition de la santé globale, divers facteurs freinent son application dans l'intervention directe auprès des aînés, particulièrement lorsqu'il s'agit de prévention. Parmi ceux-ci, qu'il suffise de souligner les coûts exorbitants consentis à l'approche curative au détriment des moyens et des ressources requis pour prévenir.

L'évidence selon laquelle les facteurs psychosociaux interviennent dans le maintien d'un bon état de santé n'étant pas clairement démontrée, il importe de poursuivre l'étude de cette relation pour qu'un jour, peut-être, on puisse mettre ces nouvelles connaissances à contribution pour développer de nouveaux paradigmes explicatifs et de nouveaux modèles

d'intervention préventive auprès des aînés afin de les substituer aux efforts souvent trop tardifs, et stériles de l'approche étroitement curative.

BIBLIOGRAPHIE

Abramson, J.H., Gofin, R. & Peritz, E. (1982). Risk markers for mortality among men a community in Jerusalem. Journal of Chronique Diseases, 35, 565-572.

Akerlind, I., Hornquist, J. O. & Bjurulf, P. (1992). Psychological factors in the long-term prognosis of chronic low back pain patients. Journal of Clinical Psychology, 48 (5), 596-605.

Allport, G. W. (1964). Mental health: a generic attitude. Journal of Religion and Health, 4, 7-21.

Anderson, F. & Cowan, N. R. (1976). Survival of healthy older people. Brit. Journal prev. soc. Medicine, 30, 231-232.

Anderson, H. N., Sison, G., & Wester, S. (1984). Intelligence and dissimulation on the Personal Orientation Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40, 1394-1398.

Angell, M. (1985). Disease as a reflection of the psyche. New England Journal of Medicine, 312, 1570-1572.

Anson, O., Antonovsky, A. & Sagy, S. (1990). Religiosity and well-being among retirees: a question of causality. Behavior, Health, and Aging, vol.1 (2), 85-97.

Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G. & Williams, R. B. Jr. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25 year follow-up study of 255 physicians. Psychosomatic Medicine, 45, 59-63.

Beitman, B. D., Kushner, G. M., Basha, I., Lamberti, J., Mukerji, V. & Bartels, K. (1991). Follow-up status of patients with angiographically normal coronary arteries and panic disorder. Jama, Mar; 265 (12), 1545-1549.

Berkowitz, B. (1965). Changes in intellect with age: IV. Changes in achievement and survival in older people. Journal of Genetic Psychology, 107, 3-14.

Bernard, P.M. & Lapointe, C. (1987). Mesures statistiques en épidémiologie, Sillery: PUQ.

Bertrand, R. (1986). Pratique de l'analyse statistique des données, Sillery: PUQ.

Blazer, D. G. & Houpt, J. L. (1979). Perception of poor health in the healthy older adult. Journal of the American Geriatrics Society, 27, 330-334.

Bocket, H., Grosclaude, P., Cayla, F., Grand, A., Albarede, J. L. & Pous, J. (1987). Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée. Revue d'Epidémiologie et Santé Publique, 35, 151-156.

Bocquet, H., Pous, J., Pere, A., Albarede, J.L. & Monnier, J. (1984). Qu'apportent les questionnaires de santé subjective et de satisfaction à l'étude de santé des populations? Revue Française de Santé Publique, 27, 5-10.

Botwinick, J., West, R. & Storandt, M. (1978). Predicting death from behavioral test performance. Journal of Gerontology, 33, 755-762.

Boudon, R. & Lazarsfeld, P. (1966). L'analyse empirique de la causalité, Paris: Mouton.

Busse, E. W. (1966). Social factors in influencing care and health of the elderly, in J.C. McKinney et F.T. De Vyver (éd.). Aging and Social Policy. New York: Appleton-Century-Crofts.

Cohen, G. (1988). The interrelationship of the aging brain and the aging body, in Gene D. Cohen (ed). The Brain in Human Aging, New York: Springer.

Combs, A. W., Richards, A. C. & Richard, F. (1976). Perceptual psychology, New York: Harper and Row.

Coreil, J., Levin, J. S. & Jaco, E. G. (1985). Life style-an emergent concept in the sociomedical sciences. Culture, Medicine and Psychiatry, 9, 423-437.

Corin, E. (1987). Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, no 10, Québec.

Costa, P. T., Fleg, J. L., McCrae, R. R. & Lakatta, E. G. (1982). Neuroticism, coronary artery disease, and chest pain complaints: cross-sectional and longitudinal studies. Experimental Aging Research, 8, 37-44.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism : a longitudinal analysis. Journal of Behavioral Medicine, 3, 245-257.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985b). Hypochondriasis, neuroticism and aging: When are somatic complaints unfounded? American Psychologist, 40, 19-28.

- Costa, P. T. Jr & McCrae, R. R. (1987), Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite. Journal of Personality, 55 (2), 299-316.
- De Man, A.F., Balkou, Iglesias, R. (1987). Une version canadienne française du sondage sur les expériences vécues. Santé Mentale au Québec, 12, 181-183.
- Dillman, D.A. (1978). Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method, New York: John Wiley.
- Dodez, O., Zelhart, P. F. & Markley, R. P. (1982). Compatibility of self-actualization and anxiety. Journal of Clinical Psychology, 38, 696-702.
- Donaldson, L. J. & Jagger, C. (1983). Survival and functional capacity: three year follow-up of an elderly population in hospitals and homes. Journal of Epidemiology and Community Health, 37, 176-179.
- Duchesne, L. (1993). Statistiques Démographiques, la situation démographique au Québec, Les publications du Québec.
- Eisdorfer, C. (1974). Some variables relating to longevity in humans. Epidemiology of aging, Ostfeld, A. M., Gibson, D. C., Donnely, C. P., (Eds) Maryland: National institut of health, p.97-107.
- Emmons, R. A. (1992). Abstract versus concrete goals: personal striving level, physical illness, and psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 62 (2), 292-300.
- Fava, M., Littman, A., Lamon-Fava, S. et al. (1992). Psychological, behavioral and biochemical risk factors for coronary artery disease among american and italian male corporate managers. The American Journal of Cardiology, Dec;70 (18), 1412-1416
- Fillenbaum, G.G. & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, Journal of Gerontology, 36(4), 428-434.
- Forbes, W. F., Thompson, M. E., Agwani, N. & Hayward, L. M. (1993). A log-linear relationship between reported impairments and age: implications for the multistage hypothesis. Journal of Gerontology, Jan;48 (1), B33-40.
- George, L. K. & Landerman, R. (1984). Health and subjective well-being: a replicated secondary data analysis. International Journal of Aging and Human Development, vol.19 (2), 133-156.
- Grossack, M. M., Armstrong, T. & Lussiev, G. (1966). Correlates of self-actualization. Journal of Humanistic Psychology, 6, 87-88.
- Gunning-Schepers, L. J. & Barendregt, J. J. (1992). Timeless epidemiology or history cannot be ignored. Journal of Clinical Epidemiology, Apr; 45 (4), 365-72.

- Guralnik, J. M., Lacroix, A. Z., Branch, L. G., Kasl, S. V. & Wallace, R. B. (1991). Morbidity and disability in older persons in the years prior the death. American Journal of Public Health, Apr;81 (4), 443-7.
- Hjelle, L. A. (1976). Self-actualization and perceived locus of control: a comparison of relationships based on separate locus of control measures. Journal of Genetic Psychology, 128 (2), 303-304.
- Hodkinson, H. M. & Exton-Smith, A. N. (1976). Factors predicting mortality in the elderly in the community. Age Ageing, 5:110-115.
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. Science; Jul; vol.241 (4865), 540- 545.
- Idler, E. L. & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? Journal of Gerontology, Mar;46 (2), S55-65.
- Jagger, C. & Clarke, M. (1988). Mortality risks in the elderly: five-year follow-up of a total population. International Journal of Epidemiology, Mar; 17 (1), 111-114.
- Keehn, R. J., Goldberg, I. D. & Beebe, G. W. (1974). Twenty-four year mortality follow-up of army veterans with disability separations for psychoneurosis in 1944. Psychosomatic Medicine, 36, 27-46.
- Knapp, R.R. & Shostrom, E.L. (1986). POI outcomes in studies of growth groups: a selected review. Group and Organization Studies, 1, 187-202.
- Kunkel, S. R. & Applebaum, R. A. (1992). Estimating the prevalence of long-term disability for an aging society. Journal of Gerontology, Sep;47 (5), S253-60.
- Laborit, H. (1970). L'agressivité détournée, Paris: Union générale d'Éditions.
- Landau, E. & Maoz, B. (1978). Creativity and self-actualization in the aging personality. American Journal of Psychotherapy, vol.32 (1), 117-127.
- Lantz, J. M. (1981). Self-actualization: an indicator of self-care practices among adults 65 years and over, Doctoral dissertation, Texas University, (University Microfilms International no 82-06-737).
- Leclerc, G., Lefrançois, R. & Poulin, N. (1992). Vieillesse actualisée et santé, Rapport de recherche, Université de Sherbrooke.
- Leclerc, G., Lefrançois, R. & Poulin, N. (1992). Santé subjective et santé objective des personnes âgées: étude de fidélité du MFAQ. Dans Association Québécoise de Gériologie (Ed.), Aider ses Parents Vieillissant, 55-65, Outremont.

- Leclerc, G. & Poulin, N. (1986). Déterminants socio-économiques de l'actualisation de soi des personnes âgées, Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée, Recherches en gérontologie. Les cahiers scientifiques, 46, Montréal.
- Lefrançois, R. (1992). Stratégies de recherche en sciences sociales, Applications à la gérontologie. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Lefrançois, R., Leclerc, G., & Poulin, N. (1995). Étude de fiabilité de la version française du MFAQ (santé physique). La Revue canadienne du vieillissement, 14(3), 525-536.
- Lieberman, M. A. (1965). Psychological correlates of impending death: Some preliminary observations. Journal of Gerontology, 20, 181-190.
- Linton, R. (1968). Le fondement culturel de la personnalité, Paris: Dunod.
- Maddox, G. L. & Douglass, E. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.
- Martin, J. D., Blair, G. E. & Cash, M. (1981). Correlation of the self-actualizing value subscale of the Personal Orientation Inventory with the self-acceptance, socialization, and self-control scales of the California Psychological Inventory. Educational and Psychological Measurement, 41, 589-593.
- Maslow, A. H. (1967). A theory of metamotivation: the biological rooting of the value-life. Journal of Humanistic Psychology, 7, 93-127.
- Maslow, A. H. (1968). Vers une psychologie de l'être, Paris: Fayard.
- McCrae, R. R., Bartone, P.T. & Costa, P. T. (1976). Age, anxiety, and self-reported health. Journal of Aging and Human Development, vol.7 (1), 49-58.
- Miles, T. P. & Bernard, M. A. (1992). Morbidity, disability, and health status of black american elderly: a new look at the oldest-old. Journal of the American Geriatrics Society, Oct; 40 (10), 1047-54.
- Miller, D. & Lieberman, M. A. (1965). The relationship of affect state and adaptive capacity to reactions to stress. Journal of Gerontology, 20, 492-497.
- Milne, J. S. & Lauder, I. J. (1978). Factors associated with mortality in older people. Age Ageing, 7, 129-137.
- Monjan, A. A. & Collector, M.I. (1977). Stress-induced modulation of the immune response. Science, 196, 307-308.

- Mossey, J. M. & Shapino, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health, 72, 800-809.
- Olczak, P. V. & Goldman, J. A. (1975). The relationship between self-actualization and psychosocial maturity. Journal of Clinical Psychology, 31 (3), 415-419.
- Ostlin, P. (1990). Occupational history, self reported chronic illness, and mortality: a follow-up of 25 586 Swedish men and women. Journal of Epidemiology and Community Health, London, Mar; 44 (1), 12-6.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. Gerontologist, 19, 427-431.
- Plouffe, L. & Gravelle, F. (1989). Age, sex, and personality correlates of self-actualization in elderly adults. Psychological Reports, oct: vol.65 (2), 643-647.
- Poitrenaud, J., Vallery-Masson, J., Costagliola, D., Darcet & Lion, M. R. (1983). Retraite, bien-être psychologique et santé: étude longitudinale d'une population de cadres parisiens. Revue Epidemiologique et Santé Publique, 31, 469-482.
- Poulin, N. & Leclerc, G. (1986). Profil d'actualisation de soi des personnes âgées participantes, Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée. Recherches en gérontologie, Les Cahiers Scientifiques, 46, Montréal.
- Rhodewalt, F., Strube, M. J., Hill, C. A. & Sansone, C. (1988). Strategic self-attribution and type A behavior. Journal of Research in Personality, 22 (1), 60-74.
- Rizzo, R. & Vinacke, E. (1975). Self-actualization and the meaning of critical experience. Journal of Humanistic Psychology, vol.15 (3).
- Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. Journal of Gerontology, Nov: vol.47 (6), 373-384.
- Rogers, C. R. (1979a). Un manifeste personnaliste, Paris: Dunod.
- Rosengren, A., Tibblin, G. & Wilhelmsen, L. (1991). Self-perceived psychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men. American Journal of Cardiology, nov:68 (11), 1171-1175.
- Rowan, R. (1991). Accepter de changer, éviter de vieillir. Le Devoir, Montréal.
- Ryff, C. (1982). Successful Aging: A developmental approach. The Gerontologist, vol.22 (2).

Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfeld, A. M. et al. (1981). Psychological depression and 17 years risk of death from cancer. Psychosomatic Medicine, 43, 117-125.

St-Arnaud, Y. (1982). La personne qui s'actualise. Traité de psychologie humaniste, Gaëtan Morin (éd.).

Stawbridge, W. J., Kaplan, G. A., Camacho, T. & Cohen, R. D. (1992). The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort: results from the Alameda County study. Journal of the American Geriatrics Society, Aug; 40 (8), 799-806.

Steinbach, U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. Journal of Gerontology, Jul; 47 (4), s183-90.

Storandt, M., Wittels, I. & Botwinick, J. (1975). Predictors of a dimension well-being in the relocated healthy aged. Journal of Gerontology, 30, 97-102.

Thomas, C., Kelman, H. R., Kennedy, G. J., Ahn, C. & Yang, C (1992). Depressive symptoms and mortality in elderly persons. Journal of Gerontology, Mar; 47 (2), S80-7.

Uutela, A. & Tuomilehto, J. (1992). Changes in disease patterns and related social trends. Social Science and Medicine, Aug; 35 (4), 389-399.

Vallery-Masson, J., Darcet, Derriennic, F. & Poitrenaud, J. (1991). Mortalité et morbidité d'une cohorte de cadres parisiens âgés suivie pendant 14 ans. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 39 (5), 425-34.

Wannamethee, G. & Shaper, A. G. (1991). Self-assessment of health status and mortality in middle-aged British men. International Journal of Epidemiology, Mar; 20 (1), 239-45.

Warren, M. D. & Knight, R. (1982). Mortality in relation to the functional capacities of people with disabilities living at home. Journal of Epidemiology and Community Health, 36, 220-223.

Wills, B. S. (1974). Personality variables which discriminate between groups differing in level of self-actualization. Journal of Counseling Psychology, 21, 222-227.

Wolinsky, F. D. & Johnson, R. J. (1992). Perceived health status and mortality among older men and women. Journal of Gerontology, Nov; 47 (6), S304-12.

ANNEXE 1



Québec, 9 novembre 1993

Madame Maryse Lapointe
410, Florence, app. 8
Sherbrooke
J1H 2J7

OBJET: Exigences de la Commission d'accès à l'information

Madame,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique de ce matin, et afin de vous aider à préparer votre demande à la Commission d'accès à l'information, je joins à la présente les 16 points auxquels vous devez répondre et de la documentation.

Quand votre dossier à ce sujet sera complété, faites le parvenir à:

Monsieur Yvon Papillon
Service de la documentation
Ministère Santé et Services sociaux
845, avenue Joffre, R.C.
Québec G1S 3L8
tél.: (418) 643-5572

Romaine Nadeau
Division diffusion

Service de l'Infocentre
MSSS
1005, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec G1S 4N4
tél.: (418) 643-6209

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

Service de la documentation
845, avenue Joffe, R.C.
Québec (Québec)
G1S 3L8
Tél. : (418) 643-5572
Fax : 646-2134

Québec, le 3 février 1994

Monsieur André Ouimet
Secrétaire et directeur
du Service juridique
Commission d'accès à l'information
888, rue Saint-Jean - bureau 420
Québec (Québec)
G1R 5P1

OBJET : Accès au fichier des décès
N/Réf. : G1517-01-07/753

Monsieur,

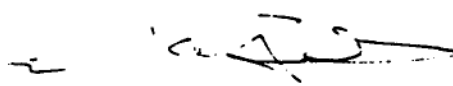
Tel que prévu à l'article 125 de la Loi sur l'accès (L.R.Q., Ch. A-2.1), nous vous transmettons, pour fins d'autorisation par la Commission d'accès à l'information, la demande de Mme Marise Lapointe, étudiante à l'Université de Sherbrooke.

Dans le cadre de la poursuite des travaux entrepris en 1987 par le GRASPA de l'Université de Sherbrooke, Mme Lapointe doit avoir accès à certaines données nominatives du fichier des décès pour mettre en relation longitudinalement le degré d'actualisation de soi et la santé par l'entremise de l'espérance de vie des sujets.

Vous trouverez ci-joint, dûment complété, le formulaire de demande d'autorisation de recevoir des renseignements nominatifs à des fins de recherche, d'étude ou de statistique.

Vous remerciant à l'avance de l'attention portée à cette requête, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le chef du Service de la documentation et responsable de l'accès aux documents,


Yvon Papillon

YP/nl

c.c. : ✓ Mme Marise Lapointe
M. Jean Langevin



**Commission d'accès
à l'information
du Québec**

Siège social
888, rue Saint-Jean, bureau 420
Québec (Québec) G1R 5P1
Téléphone: (418) 529-4441
Télécopieur: (418) 529-3102

Bureau de Montréal
2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, bureau 3210
B.P. 122, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1B2
Téléphone: (514) 282-6346
Télécopieur: (514) 844-6170

Québec, le 8 février 1994

**Madame Marise Lapointe
410, Florence
#8
Sherbrooke (Québec) J1H 2J7**

N/Réf. : 94 01 28

Madame,

J'accuse réception de votre formulaire de demande d'autorisation portant sur l'application de l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Votre demande est transmise à madame Michèle Castonguay de la Direction de l'analyse et de l'évaluation qui verra à communiquer avec vous à ce sujet.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

AR/sd


**ANNICK REINHARDT, avocate
Secrétariat et Service juridique**

c.c. M. Yvon Papillon, MSSS



Commission d'accès
à l'information
du Québec

Siège social
888, rue Saint-Jean, bureau 420
Québec (Québec) G1R 5P1
Téléphone: (418) 529-7741
Télécopieur: (418) 529-3102

Bureau de Montréal
2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, bureau 3210
B.P. 122, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1B2
Téléphone: (514) 282-6346
Télécopieur: (514) 844-6170

Québec, le 25 février 1994

Madame Maryse Lapointe
410, rue Florence, # 8
Sherbrooke (Québec)
J1H 2J7

N/réf. : 94 01 28

Madame,

Nous avons bien reçu votre demande d'autorisation de recevoir, à des fins d'étude, communication de renseignements nominatifs détenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Votre recherche s'inscrit dans le prolongement de travaux entrepris en 1987 et portant sur la relation entre l'espérance de vie et la santé des individus.

Après étude de cette demande, conformément au mandat prévu à l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nous vous autorisons à recevoir du MSSS, pour les 601 personnes incluses dans votre échantillon de 1987, les renseignements suivants :

- . la date du décès, s'il y a lieu;
- . l'indication selon laquelle cette personne est morte de cause naturelle ou accidentelle (externe).

Cette autorisation est cependant assortie des conditions suivantes que vous devez respecter :

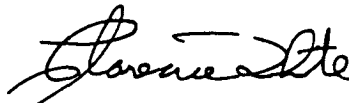
- vous devez assurer la confidentialité des renseignements personnels que vous recevrez;
- vous devez faire signer un engagement à la confidentialité aux personnes qui se joindraient à l'équipe de recherche;
- vous devez utiliser les renseignements reçus uniquement pour cette recherche particulière;

.../2

- dans vos rapports, vous ne devez pas publier un renseignement permettant d'identifier un individu;
- vous ne devez pas communiquer un renseignement reçu à d'autres personnes que celles qui sont autorisées à les recevoir dans le cadre de cette recherche;
- vous devez détruire tous les renseignements nominatifs de votre échantillon dès que vous aurez jumelé les renseignements reçus du MSSS aux données de 1987.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur de l'analyse
et de l'évaluation



CLARENCE WHITE

CW/MC/sd

c.c. M. Yvon Papillon, MSSS

Sherbrooke, le 25 mars 1994

Mme Lorraine Nadeau
Service de l'Infocentre
MSSS
1005, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec
G1S 4N4

Madame,

Comme convenu, je vous envoie les noms ainsi que les dates de naissance d'un groupe d'individus afin de savoir s'ils sont décédés. Je dois mentionner que tous ces gens ont été rencontrés au début de 1987, votre recherche portera donc sur les années suivantes: 1987 à 1993 inclusivement.

Je vous remercie à l'avance et demeure à votre disposition pour toutes explications supplémentaires.

Marise Lapointe
410 Florence #8
Sherbrooke, Qc
J1H 2J7
(819) 820-7424



Québec, le 29 mars 1994

Madame Marise Lemelin
410, rue Florence, app. 8
Sherbrooke J1H 2J7

OBJET: Votre demande 93-1806 (GRASPA)

Madame,

Nous accusons réception de votre demande d'informations statistiques datée du 25 mars dernier.

Son contenu fait présentement l'objet d'un examen. Dans l'éventualité où des précisions additionnelles s'avèraient nécessaires, nous communiquerons avec vous. Dans le cas contraire, nous procéderons le plus rapidement possible à la production des données requises.

En considérant les priorités de travail et les ressources disponibles, nous vous livrerons cette production le 22 juin.

Nous vous remercions d'avoir requis nos services, et vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Lorraine Nedace
Division diffusion

Service de l'infocentre
1005, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec G1S 4N4
téléphone: (418) 643-6209
télécopieur: (418) 646-9811



Québec, 24 mai 1994

Madame Marise Lapointe
410, rue Florence, app. 8
Sherbrooke J1H 2J7

OBJET: Votre demande 93-1806

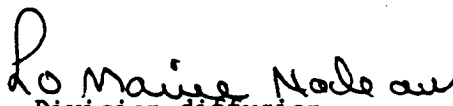
Madame,

En réponse à votre lettre du 25 mars dernier, nous joignons à la présente les informations correspondant à ce que vous avez demandé et ce, conformément à l'autorisation émise par la Commission d'accès à l'information. Ainsi vous trouverez les compléments des informations que vous nous avez fournies concernant le fichier GRASPA.

Nous demeurons à votre disposition pour vous communiquer tout autre renseignement complémentaire concernant la présente demande et apprécierions que vous mentionnez le numéro de référence inscrit ci-dessus.

Nous désirons vous mentionner que les données incluses dans la présente livraison ne doivent être utilisées qu'à vos fins propres. De plus, la mention de la source, lors de la production de rapports ou études, est souhaitable. Enfin, nous vous rappelons de respecter intégralement les conditions d'utilisation prescrites par la CAI lors de l'acceptation de votre requête.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.


Division diffusion



Chef du Service de la documentation
Responsable de l'accès aux documents

P. J.

Service de l'Infocentre
MSSS
1279, boul. Charest Ouest, 2e étage
Québec G1N 4K7
tél.: (418) 643-6209

Sherbrooke, le 7 juin 1994

Mme Louise Harvey
Service de l'Infocentre
MSSS
1005, chemin Ste-Foy, 2e étage
Québec
G1S 4N4

Madame Harvey,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique de cet après-midi, je vous renvoie la disquette comprenant les noms et dates de naissance des sujets de mon étude. Je vous rappelle que ces noms proviennent d'une liste électorale. Et, qu'il est donc impossible de savoir, pour ce qui est des femmes, s'il s'agit du "nom de fille" ou de "femme mariée". Seuls les noms avec lesquels figure un (M) sont probablement ceux de "femme mariée"; il ne s'agit pas cependant d'une certitude.

En espérant que le tout vous convient, veuillez Mme Harvey, agréer mes sentiments d'appréciation les plus sincères.

Marise Lapointe
410 Florence #8
Sherbrooke, Qc
J1H 2J7
(819) 820-7424

No de demande: 93-1806 (GRASPA)

ANNEXE 2

Monsieur,

Voilà 7 ans environ, vous aviez participé à une recherche où un étudiant s'était présenté chez-vous pour vous faire remplir un questionnaire. En participant vous avez alors permis de confirmer l'existence d'une relation étroite entre la santé et le développement psychologique. Aujourd'hui, nous poursuivons cette recherche et vous demandons de nous apporter à nouveau votre aide en répondant aux questions qui suivent. Il est très important que vous y répondiez pour que nous puissions mieux prévenir la perte d'autonomie.

Au besoin, vous pouvez vous faire aider de quelqu'un pour le compléter. Une fois rempli, veuillez le poster dans l'enveloppe déjà affranchie. Nous vous assurons que vos réponses demeureront confidentielles.

Merci de votre aide et acceptez nos salutations les meilleures.

Marise Lapointe

Étudiante maîtrise en gérontologie

Université de Sherbrooke

Monsieur,

Il y a environ trois semaines, je vous ai demandé votre collaboration pour répondre à un questionnaire sur votre santé et sur les événements récents que vous aviez vécus. Malheureusement, je n'ai pas reçu votre questionnaire complété.

Notre étude est la poursuite de celle entreprise voilà sept ans à laquelle vous aviez participé. Elle vise à estimer l'influence du développement psychologique sur votre santé à long terme pour pouvoir prévenir la maladie.

Je vous écris parce qu'il est très important que tous les questionnaires nous soient retournés et que toutes les personnes choisies y répondent, peu importe leur état de santé.

Au cas où vous l'auriez égaré, vous trouverez ci-joint un nouveau questionnaire révisé. Veuillez, s'il vous plaît, le compléter et le poster dans l'enveloppe préaffranchie. Au besoin, vous pouvez vous faire aider de quelqu'un pour le compléter.

Merci de votre précieuse collaboration.

Marise Lapointe
Étudiante maîtrise en gérontologie
Université de Sherbrooke.

NO:

Auto-perception de la santé

Veillez répondre aux deux questions suivantes en encerclant votre choix parmi ceux présentés.

1- Actuellement, estimez-vous que votre état de santé physique est

- 1 EXCELLENTE
- 2 BONNE
- 3 PASSABLE
- 4 MAUVAISE

2- Comparativement à il y a 5 ans, votre état de santé physique présentement est-elle

- 1 MEILLEURE
- 2 A PEU PRÈS LA MÊME
- 3 PIRE

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

NAME _____ DATE TESTED _____

AGE _____ SEX _____

I $T_i - T_c$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_i : T_c = 1 : 8$
Your Ratio: $T_i : T_c = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OCCUPATION _____

II $O - I$ (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: $O : I = 1 : 3$
Your Ratio: $O : I = 1 : \underline{\hspace{1cm}}$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Standard Scores

Standard Scores

TIME COMPETENT Lives in the present	INNER-DIRECTED Independent, self-supportive	VALUING		FEELING		SELF-PERCEPTION		SYNERGISTIC AWARENESS		INTERPERSONAL SENSITIVITY	
		SELF-ACTUALIZING VALUE Holds values of self-actualizing people	EXISTENTIALITY Flexible in application of values	FEELING REACTIVITY Sensitive to own needs and feelings	SPONTANEITY Freely expresses feelings behaviorally	SELF-REGARD Has high self-worth	SELF-ACCEPTANCE Accepting of self in spite of weaknesses	NATURE OF MAN, CONSTRUCTIVE Sees man as essentially good	SYNERGY Sees opposites of life as meaningfully related	ACCEPTANCE OF AGGRESSION Accepts feelings of anger or aggression	CAPACITY FOR INTIMATE CONTACT Has warm interpersonal relationships
T_c	I	SAV	Ex	Fr	S	Sr	Sa	Nc	Sy	A	C
80	-125	ADULT NORMS									
	-120										
	-115										
70	-	-	-	-	-	-	-25	-	-	-	-
	-110	-25	-30	-	-	-	-	-	-9	-	-25
	-105	-	-	-20	-15	-15	-	-15	-	-20	-
60	-20	-	-	-	-	-	-20	-	-8	-	-
	-95	-	-25	-	-	-	-	-	-	-	-20
	-90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50	-35	-20	-	-15	-	-	-	-	-7	-	-
	-80	-	-20	-	-10	-	-15	-	-	-15	-
	-75	-	-	-	-	-10	-	-	-	-	-15
40	-70	-	-15	-	-	-	-	-10	-6	-	-
	-65	-15	-	-10	-	-	-10	-	-5	-	-
30	-60	-	-	-	-	-	-	-	-	-10	-10
	-55	-	-10	-	-5	-	-	-	-	-	-
	-50	-	-	-	-	-5	-	-	-4	-	-
20	-45	-	-	-5	-	-	-5	-	-	-	-5
	-40	-10	-5	-	-	-	-	-	-3	-	-
TIME INCOMPETENT Lives in the past or future	OTHER DIRECTED Dependent, seeks support of others' views	Rejects values of self-actualizing people	Rigid in application of values	Insensitive to own needs and feelings	Fearful of expressing feelings behaviorally	Has low self-worth	Unable to accept self with weaknesses	Sees man as essentially evil	Sees opposites of life as antagonistic	Denies feelings of anger or aggression	Has difficulty with warm interpersonal relations

Row Scores

ANNEXE B

DESCRIPTION DES DOUZE ECHELLES DU P.O.I. ⁽¹⁾

1. (Tc) Compétence temporelle ("time competent") - Mesure jusqu'à quel point l'individu vit dans le présent - plutôt que dans le passé ou dans le futur - et y intègre significativement les deux autres instances temporelles.
2. (I) Référence à soi ("inner directed") - Mesure le degré relatif d'autonomie et de référence à son schème de valeurs personnelles ("self-supportive") par opposition à la tendance non-actualisante à trop prendre en considération le point de vue d'autrui et à agir en fonction des influences de l'entourage.
3. (SAV) Valeurs actualisantes ("self-actualizing values") - Mesure jusqu'à quel point les valeurs détenues par l'individu ressemblent à celles des personnes qui s'actualisent vraiment.
4. (Ex) Flexibilité ("existentiality") - Mesure l'habileté à réagir à ce qui se passe en faisant preuve de bon sens plutôt que d'intransigeance par rapport aux principes; elle constitue un indice de flexibilité relative dans l'application des principes et des valeurs à sa vie. Un score faible suggère une tendance à adhérer aux normes de façon compulsive ou dogmatique.
5. (Fr) Sensibilité au ressenti ("feeling reactivity") - Mesure la capacité de l'individu à identifier clairement ses ressentis (sentiments, besoins, motivations) et à en tenir compte dans son comportement ("responsiveness").

(1) Traduction et adaptation faite par Norman Poulin, Université de Sherbrooke, (DGEP), 1985, d'après les diverses descriptions de Shostrom, E.L. (1963, 1964, 1968, 1972, 1974), Shostrom, E.L. et Knapp, R.R. (1966, 1976) et Knapp, R.R. (1974).

6. (S) Spontanéité ("spontaneity") - Mesure le degré de liberté de l'individu à réagir spontanément, à être lui-même, et à traduire librement ses ressentis en comportements expressifs ou fonctionnels. Un score faible indique une peur d'agir de façon congruente.
7. (Sr) Estime de soi ("self-regard") - Mesure le degré d'affirmation de soi et de confiance en soi fondées sur la perception positive de ses ressources et de sa valeur personnelle.
8. (Sa) Acceptation de soi ("Self-acceptance") - Mesure le degré de satisfaction de soi de l'individu malgré la conscience de ses défauts, faiblesses et carences; un score faible révèle une difficulté à s'accepter constructivement tant et aussi longtemps qu'il possède des imperfections. Il est plus difficile de développer l'acceptation de soi (Sa) que l'estime de soi (Sr); cependant, l'actualisation de soi requiert les deux.
9. (Nc) Conception positive de la nature humaine ("nature of man-constructive") - Mesure la capacité de considérer l'être humain comme étant fondamentalement bon par opposition à essentiellement mauvais.
positivement
10. (Sy) Sens du relatif ("synergy") - Mesure la capacité de l'individu de comprendre les réalités de l'existence en continuité signifiante les unes par rapport aux autres, au lieu de les concevoir comme étant radicalement opposées et irréductibles. Un score élevé suggère que la personne est capable de reconcilier les dichotomies courantes comme le bien et le mal, l'égoïsme et l'altruisme, la spiritualité et la sensualité, la masculinité et la féminité, l'amour et la sensualité, la force et la sensibilité, l'effort et le plaisir, le travail et le loisir, etc.... Par contre, un score faible reflète une tendance à comprendre les choses en termes absolus, de tout ou rien, de les voir de façon opposée, antagoniste plutôt que relatives et nuancées.

11. (A) Acceptation de son agressivité ("acceptance of aggression") - Mesure la capacité de l'individu de reconnaître la légitimité de ses sentiments d'agressivité, de se donner le droit de ressentir du mécontentement et de la colère au lieu de s'empêcher d'éprouver de l'agressivité, d'en nier la réalité ou d'en réprimer aussitôt tant le ressenti que l'expression.
12. (C) Capacité d'intimité dans ses relations ("capacity for intimate contact") - Mesure la capacité de l'individu d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles chaleureuses et affectueuses, affranchies d'attentes et d'obligations gênantes pour autrui. Un score faible indique une difficulté à entrer vraiment en contact personnel et profond avec autrui.
- RATIO I Rapport au temps ("time ratio") - Mesure le rapport entre le degré de compétence versus le degré d'incompétence temporelle. Cet indice est un prédicteur du niveau général d'actualisation de soi.
- RATIO II Rapport à soi ("support ratio") - Mesure le rapport entre la tendance à s'appuyer sur sa propre subjectivité versus celle à chercher le support d'autrui. Ce ratio indique quelle est la force relative du "schème de référence interne" comme locus de contrôle de l'individu. Cet indice constitue également un prédicteur global d'actualisation.

ANNEXE 3

The SAS System

TABLE OF B3 BY B62

B3

B62

Frequency Percent Row Pct Col Pct	1	2	3	Total
0	24 4.36 27.59 10.21	32 5.82 36.78 16.33	31 5.64 35.63 26.05	87 15.82
1	211 38.36 45.57 89.79	164 29.82 35.42 83.67	88 16.00 19.01 73.95	463 84.18
Total	235 42.73	196 35.64	119 21.64	550 100.00

Frequency Missing = 6

STATISTICS FOR TABLE OF B3 BY B62

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	14.940	0.001
Likelihood Ratio Chi-Square	2	14.362	0.001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	14.617	0.001
Phi Coefficient		0.165	
Contingency Coefficient		0.163	
Cramer's V		0.165	

Effective Sample Size = 550

Frequency Missing = 6

The SAS System

B7=1

TABLE OF B3 BY B62

B3	B62			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
0	4	8	10	22
	2.12	4.23	5.29	11.64
	18.18	36.36	45.45	
	4.26	13.33	28.57	
1	90	52	25	167
	47.62	27.51	13.23	88.36
	53.89	31.14	14.97	
	95.74	86.67	71.43	
Total	94	60	35	189
	49.74	31.75	18.52	100.00

Frequency Missing = 2

STATISTICS FOR TABLE OF B3 BY B62

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	14.907	0.001
Likelihood Ratio Chi-Square	2	13.881	0.001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	14.481	0.001
Phi Coefficient		0.281	
Contingency Coefficient		0.270	
Cramer's V		0.281	

Effective Sample Size = 189

Frequency Missing = 2

The SAS System

B7=2

TABLE OF B3 BY B62

B3		B62			Total
Frequency	Percent	1	2	3	
Row Pct	Col Pct				
0		6	8	12	26
		3.31	4.42	6.63	14.36
		23.08	30.77	46.15	
		7.89	11.94	31.58	
1		70	59	26	155
		38.67	32.60	14.36	85.64
		45.16	38.06	16.77	
		92.11	88.06	68.42	
Total		76	67	38	181
		41.99	37.02	20.99	100.00

Frequency Missing = 1

STATISTICS FOR TABLE OF B3 BY B62

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	12.060	0.002
Likelihood Ratio Chi-Square	2	10.586	0.005
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	10.012	0.002
Phi Coefficient		0.258	
Contingency Coefficient		0.250	
Cramer's V		0.258	

Effective Sample Size = 181

Frequency Missing = 1

The SAS System

B7=3

TABLE OF B3 BY B62

B3		B62			Total
Frequency	Percent	1	2	3	
Row Pct	Col Pct				
0		14	16	9	39
		7.78	8.89	5.00	21.67
		35.90	41.03	23.08	
		21.54	23.19	19.57	
1		51	53	37	141
		28.33	29.44	20.56	78.33
		36.17	37.59	26.24	
		78.46	76.81	80.43	
Total		65	69	46	180
		36.11	38.33	25.56	100.00

Frequency Missing = 3

STATISTICS FOR TABLE OF B3 BY B62

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	0.214	0.898
Likelihood Ratio Chi-Square	2	0.216	0.898
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.042	0.838
Phi Coefficient		0.035	
Contingency Coefficient		0.034	
Cramer's V		0.035	

Effective Sample Size = 180

Frequency Missing = 3